HENRIK JORDAHL
RICHARD ÖHRVALL

# Nationella reformer och lokala initiativ

2

**MÅNGA SVENSKA VÄLFÄRDSTJÄNSTER** började privatiseras under sent 1980-tal och tidigt 1990-tal i kölvattnet av en global privatiseringsvåg. Denna våg inleddes när Margaret Thatcher tillträdde som Storbritanniens premiärminister den 4 maj 1979. Då producerades ungefär 10 procent av örikets BNP i de statligt ägda företagen. Det privatiseringsprogram som Thatcher genomförde reducerade den andelen till 3 procent vid hennes avgång elva år senare. Många andra OECD-länder, bland annat Frankrike, Japan och Spanien, följde Storbritanniens exempel under 1980-talet. När kommunismen sedan föll vid 1980-talets slut inleddes omfattande privatiseringar i Östeuropa. Detta händelseförlopp gav politiskt bränsle till fortsatta privatiseringar i Västeuropa och andra delar av världen. I Sverige börsnoterades och privatiserades flera statliga företag, exempelvis SSAB och Procordia. De statliga monopolföretagen inom tv och telefoni utmanades framgångsrikt av Kinnevik med Jan Stenbeck vid rodret. Även på andra områden skedde förändringar i marknadsliberal riktning, bland annat avreglerades inrikesflyget och taxinäringen och ansvaret för järnvägsnätet flyttades från SJ till det nyinrättade Banverket för att skapa förutsättningar för konkurrens (Bergh 2009). Samtidigt infördes styrningsmodeller inom den offentliga sektorn som var starkt influerade av näringslivet. Att den offentligt finansierade vården, skolan och omsorgen skulle öppnas upp för privata utförare bör alltså ses som en del i en större utveckling.

I det här kapitlet beskriver vi hur produktionen av välfärdstjänster har privatiserats i Sverige sedan 1980-talet. Med detta tidsperspektiv fångar vi en händelserik period under vilken privata utförare har blivit allt vanligare.[1]

Kapitlet inleds med några förklaringar till att den offentliga sektorn kom att utsättas för konkurrens från privata utförare. Därefter följer en lägesbeskrivning med tjänsteövergripande statistik följt av redogörelser för den privata produktionens utveckling inom fem viktiga välfärdsområden: förskola, skola, äldreomsorg, insatser till personer med funktionsnedsättning och sjukvård.[2] För varje område beskriver vi också vilka aktörer som har drivit på eller bromsat utvecklingen, vilka politiska argument som har använts (främst i propositioner och följdmotioner), hur marknaden har organiserats och hur de regionala skillnaderna ser ut.

## Historisk bakgrund

Samtidigt som Sverige följde en internationell marknadsliberal trend utmärkte sig den svenska offentliga välfärdssektorn genom att den var ovanligt stor. Under 1980-talet var nästan hela sjukvården och skolan både offentligt finansierad och producerad. Inom barn- och äldreomsorgen var de privata inslagen större, men den offentliga utbyggnaden gick snabbt framåt. Vid mitten av 1980-talet hade den svenska offentliga sektorn under en längre tid växt snabbare än i något annat industriland. Siktet var inställt på en hög och jämlikt fördelad välfärd i kontrast till det »Fattigsverige« som ännu fanns i starkt minne hos de äldre. Genom framväxten av den svenska välfärdsstaten – både de offentliga tjänsterna och socialförsäkringssystemet – förbättrades det sociala skyddsnätet kraftigt, om än till priset av att den ideella sektorn trängdes undan.

---

1. För en längre historisk tillbakablick hänvisar vi till Tarschys (1978), som beskriver den offentliga sektorns expansion över tid, bland annat i termer av intäkter, utgifter och sysselsättning.

2. Vi inkluderar inte tandvården som, när det gäller vuxna patienter, sedan lång tid tillbaka till stor del produceras av privata tandläkare och finansieras av kunderna. Vi inkluderar inte heller arbetsmarknadspolitiken som till sin absoluta huvuddel bedrivs av den statliga myndigheten Arbetsförmedlingen.

Vid den här tiden sågs Sverige av många som ett föregångsland där expansionen av de offentligt tillhandahållna tjänsterna utgjorde en viktig del av ett nationellt moderniseringsprojekt. Under 1980-talet började dock fler och fler att ifrågasätta den offentliga sektorns dominans på vissa områden. Den offentliga produktionen framstod som allt mindre effektiv och de offentliga tjänsternas konsumenter saknade den valfrihet och det kundinflytande som de tog för givna på helt privata marknader för varor och tjänster. Exempelvis blev de växande vårdköerna en viktig del av den svenska sjukvårdsdebatten på 1980-talet (Blomqvist och Rothstein 2008). Kritik kom från borgerligt håll, bland annat genom böcker som *Den hjärtlösa välfärdsstaten* av Staffan Burenstam Linder (1983) och *Vinter i välfärdslandet* av Elisabeth Langby (1984), men även från delar av vänstern. Till den senare kritiken hör de tankar som väcktes inom SSU om att föra tillbaka uppgifter från staten till folkrörelserna (Berggren och Trägårdh 2006). Liknande tankegångar framfördes även inom Socialdemokraternas toppskikt. På förslag av dåvarande vice statsminister Ingvar Carlsson tillsatte partiets styrelse 1983 en arbetsgrupp med syfte att undersöka möjligheterna att ge medborgarna större valfrihet och inflytande vid kontakter med den offentliga sektorn (Carlsson 2003).

Redan med den inbromsande ekonomiska tillväxten under 1970-talet hade det börjat bli svårt att leva upp till de ambitiösa politiska målsättningarna på välfärdsområdet. I en uppmärksammad rapport, framtagen av Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, ESO, framgick att produktiviteten inom den offentliga sektorn hade *minskat* med 1,5 procent per år under 1970-talet (Ohlsson m.fl. 1986). Även om den offentliga sektorn hade fungerat relativt väl så länge den växte från låga nivåer hördes nu kritiska röster som menade att dess expansion hade kommit till en punkt där stordriftsnackdelar började göra sig påminda (Christoffersson 1987). För politikerna hade det varit lättare att börja bygga nya sjukhus, förskolor och äldreboenden än att gå vidare och påverka vårdens och omsorgens innehåll.

Dessa problem låg i tiden. Industrisamhället nådde sin kulmen på 1960-talet då 44 procent av den svenska arbetskraften sysselsattes inom industri och hantverk. Sedan dess har andelen obönhörligt minskat (Lagerqvist 2012). I och med övergången från industri- till tjänstesamhälle fick Taylorismens produktionsorientering lämna

plats åt tjänstelogikens kundorientering. Men i den snabba utbyggnaden av den offentliga sektorn lyste denna omorientering länge med sin frånvaro. Långtgående arbetsfördelning, standardisering och stordrift kännetecknade bland annat de nybyggda offentliga sjukhusen. Den offentliga sektorn »byråkratiserades« genom att den i och för sig välutbildade och kunniga personalen ofta saknade information och befogenheter för att hjälpa brukarna med sådant som gick utanför standardförfarandet.[3] Den digra Maktutredningen som tillsattes av Ingvar Carlsson 1985 och som kom med sin slutrapport 1990 (SOU 1990:44, s. 404) beskrev situationen så här:

> Den offentliga sektorn är till stora delar uppbyggd enligt de standardiserade enhetslösningarnas princip. Medborgarundersökningen visar att många som kommer i kontakt med den offentliga sektorn känner tyst vanmakt. Områden som skola och sjukvård kännetecknas av brist på valalternativ.

Om vi flyttar oss lite längre fram i tiden kan vi notera att den ekonomiska kris med skenande budgetunderskott som Sverige genomled i början av 1990-talet sammanföll med att flera offentliga verksamheter utsattes för konkurrens. Att entreprenader gav utsikter om kostnadssänkningar sågs förmodligen som lockande i en sådan finansiell situation.

Införandet av privat produktion av välfärdstjänster följde alltså en internationell privatiseringstrend och svarade på det nationella planet både mot ekonomiska behov och upplevda tillkortakommanden. Den nya kommunallag (1991:900) som riksdagen klubbade igenom strax före maktskiftet 1991 (prop. 1990/91:117 om en ny kommunallag) preciserade och tydliggjorde kommunernas möjlighet att anlita privata företag och andra organisationer för att utföra tjänster. Den gav även kommunerna större organisatorisk frihet, vilket i sin tur möjliggjorde att olika varianter av den så kallade beställar–utförarmodellen kunde etableras och därmed underlätta köp av tjänster (Blomqvist och Rothstein 2008; Bergh 2009). Lagen ska dock varken ses som den underliggande förklaringen eller den juridiska grunden till att kommunala

3. För en utförligare beskrivning av den offentliga sektorns svårigheter vid övergången från industri- till tjänstesamhälle se Johnson (1986).

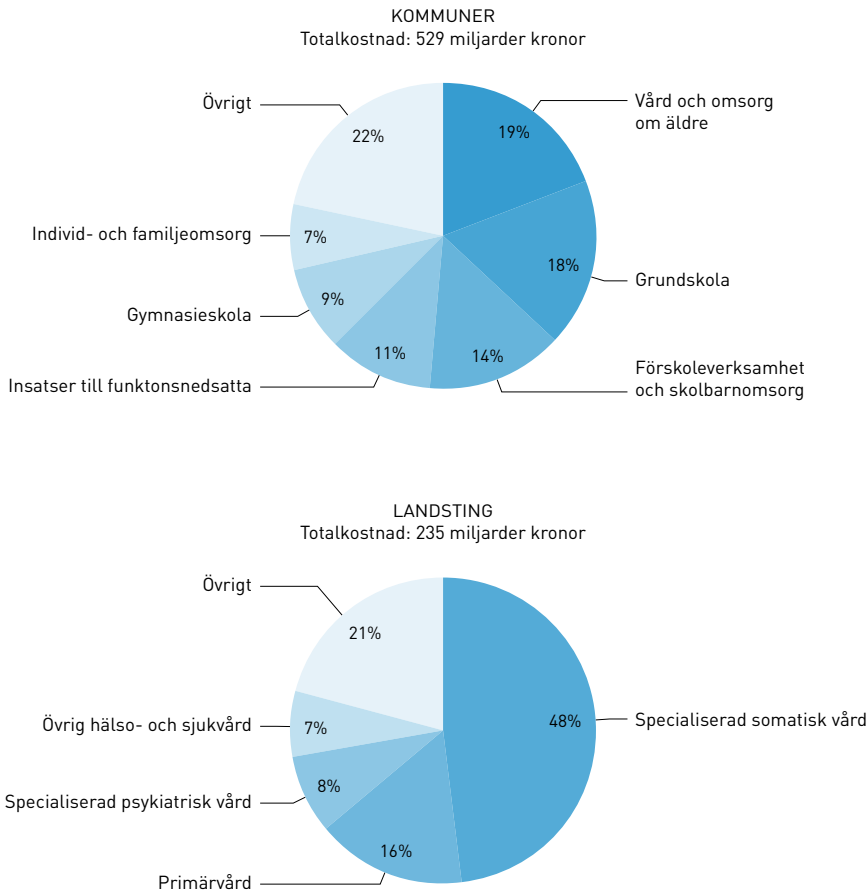
välfärdstjänster började privatiseras. Som vi kommer att beskriva hade flera företag redan lyckats etablera sig på de skattefinansierade välfärdsmarknaderna och deras rätt att göra detta hade prövats juridiskt när det gällde äldreomsorgen. Däremot stimulerade den nya kommunallagen säkert en del privatiseringar genom att tydliggöra att de var tillåtna och genom att ge större organisatorisk frihet.

Även det så kallade frikommunförsöket vid mitten av 1980-talet visar att kommunerna föregick nationella reformer i stället för att vänta på statliga instruktioner. Frikommunförsöket ingick i en våg av reformer som syftade till att decentralisera den offentliga sektorn genom att ge kommunerna ökad beslutanderätt och finansieringsansvar över bland annat välfärdstjänsterna. I försöket, som kom att uppmärksammas även utanför Sverige, kombinerades decentralisering och avreglering genom att kommunerna fick föreslå statliga regler som skulle upphävas för de deltagande kommunerna. Intressant nog framkom det att många kommuner redan arbetade mer eller mindre oberoende av det statliga regelverket när de tillhandahöll välfärdstjänster. Avregleringen inom frikommunförsöket innebar alltså i flera fall mest en legitimering av befintliga arbetssätt i kommunerna (Pierre 1993).

Förutom en ekonomisk och juridisk grogrund för privatiseringar krävs det i praktiken individuella initiativ, både från entreprenörer och från politiker, för att förändringar ska komma till stånd. Vi har i vår beskrivning av de privata utförarnas inträde och expansion på välfärdsområdet försökt fånga både nationella politiska reformer och de enskilda kommuner och företag som i flera fall på egna initiativ satte bollen i rullning. Vi börjar dock med att ge en översiktsbild av dagens omfattning av privat välfärdsproduktion.

## Tjänsteövergripande statistik

Innan vi går in djupare på enskilda välfärdsområden vill vi beskriva hur stor den svenska välfärdssektorn är och hur vanligt det är med privata utförare på dess olika områden. Ett sätt att göra det är att utgå ifrån SCB:s räkenskapssammandrag för kommuner och landsting, vilka baseras på bokslutsuppgifter. Av dem framgår att kommunernas kostnader för välfärdstjänster år 2012 uppgick till 405 miljarder kronor, vilket är 77 procent av kommunernas totala kostnader eller 11




**Figur 2.1. Olika verksamheters andel av kostnader inom kommuner (ovan) och landsting (nedan), 2012.**

Not: Figuren visar fördelningen av verksamhetskostnader som andelar av totala kostnader för kommuner respektive nettokostnader för landsting (exklusive Gotland). För kommunerna inkluderar kategorin Grundskola förskoleklass och särskola, Gymnasieskola inkluderar komvux och gymnasiesärskola, och Övrigt innefattar bland annat infrastruktur, kultur- och fritidsverksamhet, vatten och avlopp. För landsting inkluderar kategorin Övrigt hälso- och sjukvård bland annat ambulans- och sjuktransporter, handikapp- och hjälpmedelsverksamhet och folkhälsofrågor, medan kategorin Övrigt innefattar läkemedel inom läkemedelsförmånen, tandvård och regional utveckling.
Källor: SCB:s Räkenskapssammandrag för kommuner och landsting och SKL.

procent av Sveriges BNP.[4] Som figur 2.1 visar utgör skolan totalt sett störst del av kommunernas kostnader, även om äldreomsorgen kostar mer än grundskolan, som i sin tur kostar mer än såväl förskolan som gymnasiet. Landstingens kostnader för sjukvård uppgick samma år till 187 miljarder kronor, vilket är 79 procent av deras totala kostnader eller 5 procent av Sveriges BNP.[5] För landstingen står specialiserad somatisk vård för nästan hälften (48 procent) av de totala kostnaderna, följt av primärvård med 16 procent.

Utifrån kommunernas och landstingens räkenskaper har vi beräknat hur mycket verksamhet som köps in från privata aktörer i förhållande till de totala kostnaderna. Med privata aktörer avser vi föreningar, stiftelser, företag eller hushåll och individer. För att få fram privatiseringsandelar har den del av en viss verksamhet som köps från dessa aktörer ställts i relation till den verksamhetens totala kostnader (driftskostnader för kommunerna och nettokostnader för landstingen). I figur 2.2 redovisar vi de privata aktörernas kostnadsandelar för några grundläggande välfärdsområden.[6] Kategorin Hälso- och sjukvård (exklusive tandvård) avser verksamhet inom landsting och är den kategori där köp från privata aktörer utgör minst andel av verksamhetskostnaderna, 12 procent. Om man bryter ned den kategorin ytterligare finner man att primärvården skiljer ut sig markant. I primärvården utgör köp från privata aktörer 33 procent av verksamhetskostnaderna. För andra vårdformer, som specialiserad somatisk och psykiatrisk vård, ligger köp från privata aktörer på andelar omkring 7–9 procent.

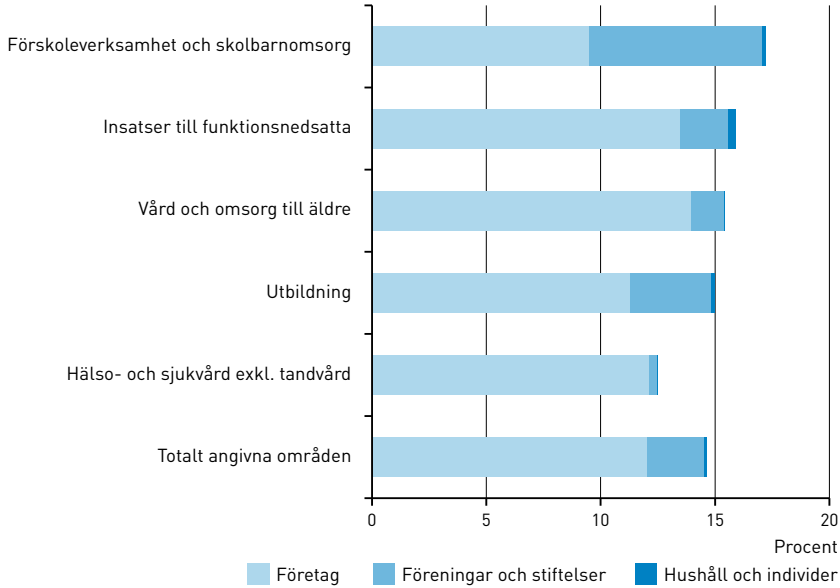
De övriga kategorierna i figur 2.2 avser kommunernas verksam-

---

4. Med kommunala »välfärdstjänster« avses här: förskoleverksamhet, skolbarnomsorg; grundskola, förskoleklass, särskola, gymnasieskola, komvux, gymnasiesärskola och annan utbildning; vård och omsorg om äldre, insatser till personer med funktionsnedsättning samt individ- och familjeomsorg (exklusive ekonomiskt bistånd).

5. Sjukvård är här definierat som exklusive tandvård och läkemedel inom läkemedelsförmånen (Gotland är också exkluderat). I jämförelser av sjukvårdskostnader i olika länder brukar betydligt mer räknas in, som exempelvis tandvård, läkemedel och försäkringskostnader. Vid en sådan jämförelse uppgick Sveriges kostnader för sjukvård 2011 till 9,5 procent av BNP, vilket var strax över OECD:s genomsnitt på 9,3 procent (OECD 2013).

6. I figuren har vi inte tagit med individ- och familjeomsorg då det välfärdsområdet inte behandlas i det här kapitlet.




**Figur 2.2. Köp av verksamhet från privata aktörer inom olika verksamhetsområden, som andel av kostnader, 2012.**
Källor: SCB:s Räkenskapssammandrag för kommuner och landsting och SKL.

het. Andelen köp av huvudverksamhet där privata aktörer är motpart utgör 15 procent för utbildning, 15 procent för äldreomsorg, 16 procent för insatser riktade till funktionsnedsatta och 17 procent för förskola och skolbarnomsorg. Även här finns nyanser inom de angivna verksamheterna. Inom utbildningsverksamheten är de privata inslagen störst för gymnasieskolan. Andelen uppgår där till 22 procent, vilket kan jämföras med 12 och 11 procent för grundskola respektive förskoleklasser.

Som framgår av figur 2.2 kan privata aktörer vara av olika slag. När det gäller landstingens verksamhet innebär privata aktörer i huvudsak privata företag. Stiftelser och föreningar utgör bara några få procent av de sammanlagda köpen från privata aktörer (något mer för specialistvården) och köp med individer och hushåll som motpart är försumbara. Säljarens organisationsform varierar mer inom kom-

munernas verksamheter. I likhet med landstingen dominerar privata företag, speciellt gäller detta för gymnasieskola, äldreomsorg och insatser riktade till funktionsnedsatta. Däremot utgör föreningar och stiftelser betydande inslag, speciellt när det gäller förskola och grundskola (inklusive förskoleklasser) där dessa organisationsformer står för mellan 38 och 44 procent av kommunernas köp från privata aktörer. Individer och hushåll utgör en ytterst begränsad del av de privata aktörerna.

Kommuner och landsting köper inte bara in verksamhet från privata aktörer, utan det är inom vissa områden även vanligt att köpa in från andra kommuner och landsting eller kommunala bolag. Det gäller framför allt gymnasieskolan, där många elever väljer en skola i en annan kommun. Det är även vanligt att landsting köper in specialiserad somatisk vård från andra landsting.

Jämfört med andra OECD-länder har Sverige låga privata produktionsandelar inom äldreomsorgen och sjukvården. Inom skolan ligger Sveriges privata andel närmare genomsnittet i OECD. Jämförelserna försvåras dock av att finansieringen av välfärdstjänster skiljer sig åt mellan olika länder. Men även om vi ser till den huvudsakligen skattefinansierade skolan finns flera länder med betydligt högre privata andelar än Sverige, bland annat Belgien, Chile, Danmark, Frankrike, Nederländerna och Spanien (OECD 2010).

## OLIKA PRIVATISERINGSMÅTT

Ett sätt att mäta privatisering av välfärdstjänster är att, som vi har gjort hittills i det här kapitlet, utgå från verksamhetskostnader inom kommuner och landsting. Att använda kostnader är näraliggande så till vida att andelarna har en tydlig ekonomisk tolkning och relevans. Kostnadsstatistiken ger dock inte något perfekt underlag för att studera privatiseringar mer ingående. Visserligen är kostnaderna indelade efter olika verksamhetsområden, men indelningen är i många avseenden ganska grov. Ännu en komplikation ligger i att det krävs uppgifter från både driftsredovisning och motpartsredovisning för att kunna fastställa hur mycket av verksamhetsköp som har en privat motpart, och dessa två redovisningar har till viss del olika indelningar. Dessutom har statistiken förändrats över tid, vilket ytterligare försvårar jämförelser. Exempelvis kan köp av verksamhet delas in i köp av

huvud- och stödverksamhet. På ett sjukhus är vården huvudverksamhet medan städning och transporter är exempel på stödverksamheter. Fram till 2002 fanns ingen sådan uppdelning när det gäller köp av verksamhet efter motpart och från och med 2011 finns endast statistik för köp av huvudverksamhet. Beroende på tidsperiod kan det vara svårt att använda kostnader för att studera privatiseringen av en viss tjänst.

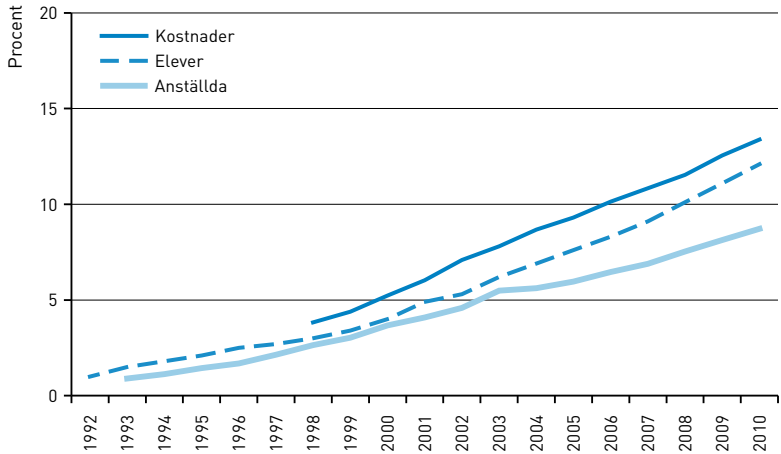
Ett annat sätt att mäta privatiseringar är att utgå från anställda inom välfärdsområden. Från SCB:s företagsdatabas kan man hämta uppgifter om anställda inom olika organisationsformer och näringsgrenar. Med hjälp av dessa uppgifter går det att ta fram statistik över andel anställda vid ideella organisationer eller privata företag för ett visst välfärdsområde, till exempel grundskolan. Det finns dock risk för att det blir ett ganska trubbigt mått på privatiseringar, vilket bland annat beror på att det inte alltid går att avgöra om de anställda arbetar inom en verksamhet som är offentligt finansierad eller inte. Vissa företag eller arbetsställen kan dessutom ha verksamhet inom flera olika näringsgrenar.

Ett tredje sätt att mäta är att utgå från välfärdstjänsternas brukare, exempelvis genom att studera andelen skolelever som går i en friskola eller vårdtagare som får vård i privat regi. Det blir då mycket tydligt vad som mäts. Samtidigt finns inom en del områden bara statistik för vissa brukare och inte för andra, och dessutom kan statistiken förändras så att vissa tjänster inkluderar olika saker vid olika tidpunkter. Ett exempel på det senare är statistik över hemtjänsttimmar inom äldreomsorgen, där innehållet i hemtjänsten har förändrats över tid.

Sammanfattningsvis finns alltså tre olika mått för privatisering:

* kostnader för köp från priva ta aktörer som andel av verksamhetens totala kostnader
* andel anställda med privata arbetsgivare
* andel brukare hos privata utförare.

Det är inte självklart vilket av dessa tre privatiseringsmått som är att föredra. Måtten belyser olika aspekter och kan därför vara bättre eller sämre lämpade beroende på sammanhang. Om man på ett mer övergripande plan vill studera utvecklingen över tid ger de tre måtten emellertid ofta en likartad bild. Ett exempel på det ges i figur 2.3. Där illustreras privatisering inom grundskolan mellan 1992 och 2010 enligt de tre måtten: ande-




**Figur 2.3. Tre privatiseringsmått avseende grundskolan, 1992–2010.**
Not: Med kostnader avses här kommuners köp av verksamhet inom området grundskola där motparten är en förening, en stiftelse, ett privat företag, ett hushåll eller en individ i förhållande till driftskostnaderna för samma område. Uppgifterna om kostnader kommer från Räkenskapssammandrag för kommuner och landsting, som publiceras av SCB. Data för 2007 ingår inte då SCB:s uppgifter för det året innehåller betydande felaktigheter; värdet för 2007 är interpolerat i form av ett genomsnitt mellan 2006 och 2008. Elever avser andel elever inom grundskolan (årskurs 1–9) som går i en fristående skola enligt uppgifter från Skolverket. Med anställda avses anställda vid ideella organisationer eller privata företag i förhållande till samtliga anställda som klassificerats tillhörande näringsgren som motsvarar grundskola eller förskoleklass. Uppgifterna kommer från SCB:s företagsdatabas.

len verksamhetsköp inom grundskola där motparten är privat, andelen av de anställda inom näringsgrenen grundskola som är anställda vid ideell organisation eller privat företag, samt andelen elever i fristående grundskola.[7] Som framgår av figuren ger alla tre måtten en bild av en stadig ökning av privata inslag inom grundskolan från en initialt låg nivå. De

7. När det gäller anställda inkluderas även förskoleklass i samma kategori då dessa inte kan särskiljas i datamaterialet. Förskoleklasser är dock en liten del i förhållande till grundskolan.

tre måtten har en mycket stark samvariation.[8] Men det framgår också av figuren att ökningstakten och framför allt *nivåerna* skiljer sig mellan de tre måtten, i synnerhet framstår privatiseringen som mindre omfattande om vi utgår från anställda. I viss mån är det inte konstigt att andelarna är olika stora eftersom måtten mäter olika saker. När det gäller måttet som baseras på anställda är det även möjligt att en del av skillnaden beror på de problem som nämndes tidigare.

Andra områden än skolan kan vara svårare att avgränsa med samma precision för alla tre måtten och då uppstår följaktligen större skillnader. Om man vill studera geografisk variation snarare än variation över tid är också skillnaderna något större. Om vi använder de tre måtten för grundskolan, för att i stället jämföra privatiseringsandelar i olika kommuner 2010 finner vi att samvariationen fortfarande är stark, men inte lika stark.[9] Sammantaget ger de olika privatiseringsmåtten lite olika nivåer men en likartad bild, och måtten hänger intimt samman. För analyser av samband är det därför troligt att det i många fall är av underordnad betydelse vilket mått som används, vilket kan vara en tröst då det inte alltid finns flera mått för det område och den tidsperiod man vill studera. I den här boken används alla tre måtten. Vilket mått som används på ett visst ställe beror både på vad måttet fångar och på datatillgången.

## Marknadsmodeller

Bokens inledningskapitel tog upp de två huvudsakliga marknadsmodellerna för välfärdstjänster: entreprenad- och valfrihetsmodellen. Skillnaderna mellan dessa två modeller är viktiga att beakta när privatiseringen av de svenska välfärdstjänsterna ska beskrivas och förklaras. Entreprenadmodellen ger de lokala politikerna ett direkt inflytande över valet mellan offentlig och privat tjänsteproduktion. Politikerna väljer ut de verksamheter som ska kontrakteras ut till privata utförare. Utförarna vinner kontrakt genom att uppfylla förutbestämda krav och formulera anbud som framstår som mer attraktiva än konkurrenternas. Med

8. De parvisa korrelationerna ligger mellan 0,973 och 0,996.

9. De parvisa korrelationerna ligger mellan 0,72 och 0,89.

undantag för så kallade kvalitetsupphandlingar sätter utförarna sina priser själva.[10] Brukarna är relativt passiva, då de i typfallet inte kan välja mellan olika utförare. Inom entreprenadmodellen kan privatiseringen därför beskrivas som en *top down*-process där enhet för enhet övergår från offentlig till privat drift. Entreprenadmodellen tillämpas framför allt inom omsorgen om äldre och funktionshindrade, inom specialistsjukvården samt inom ungdoms- och missbrukarvården.

Inom valfrihetsmodellen frånhänder sig politikerna det direkta inflytandet över privatiseringsprocessen. Politikerna styr i stället indirekt på system- eller marknadsnivå genom att bestämma villkoren för etablering och leverans. Alla utförare som uppfyller grundvillkoren får etablera sig och alla utförare får i typfallet lika mycket betalt per brukare. Priset bestäms antingen av beställaren eller av nationellt fastställda regler. Brukarnas valfrihet mellan de olika utförarna innebär att privatiseringen sker gradvis, »brukare för brukare«. Inom valfrihetsmodellen kan välfärdens privatisering därmed ses som en *bottom up*-process där nya utförare etablerar sig och vinner över brukare från de verksamheter som drivs av kommuner och landsting.

All privat välfärdsproduktion kan dock inte hänföras till entreprenad- eller valfrihetsmodellen, som de beskrivs ovan. Vid sidan av de två huvudmodellerna finns, som nämndes i kapitel 1, en tredje modell: enskild verksamhet. Enskild verksamhet kännetecknas av att en utförare startar en verksamhet som huvudman och själv bestämmer pris och villkor för de tjänster som säljs till kommuner, landsting och andra kunder. Verksamheten startas med andra ord inte på något direkt uppdrag från kommun eller landsting. Enskild verksamhet enligt denna modell finns bland annat inom specialistsjukvården, omsorgen om funktionshindrade, samt ungdoms- och missbrukarvården. Sophiahemmet, Ersta sjukhus och Röda Korsets sjukhus kan nämnas som exempel på enskild verksamhet med en lång historia.

De olika modellerna går även att kombinera. Exempelvis kan en kommun lägga ut några äldreboenden på entreprenad för att sedan

10. Kvalitetsupphandlingar innebär att beställaren sätter ett pris och att anbudsgivarna konkurrerar genom att erbjuda så hög kvalitetsnivå som möjligt. Kvalitetsupphandlingar kan därför också benämnas fastprisupphandlingar.

erbjuda brukarna att välja mellan de utförare som vunnit kontrakten. Dessutom varierar utformningen av valfrihetsmodeller betydligt mellan olika tjänster. Lag (2008:962) om valfrihetssystem (LOV) omfattar bland annat äldreomsorg, sjukvård och jobbcoacher. Friskolesystemet och valfriheten inom barnomsorgen regleras i skollagen (2010:800). Anlitande av personlig assistent regleras i lag (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade samt i socialvårdsbalken (2010:110). Tandvården regleras av tandvårdslagen (1985:125). Mot bakgrund av denna variation kan det finnas anledning att använda en mer detaljerad typologi över marknadsmodeller för att fånga de egenskaper som kan ligga till grund för en ekonomisk analys. Ett förslag på en sådan typologi i sju dimensioner presenteras i tabell 2.1.

**Tabell 2.1.** Typologi över marknadsmodeller för skattefinansierade tjänster.

| | | |
|---|---|---|
| 1. | Hur matchas brukare och utförare? | Valfrihet eller anvisning |
| 2. | Hur träder utförare in på marknaden? | Starta egen eller ta över befintlig utförarenhet alternativt vinna tidsbegränsat kontrakt |
| 3. | Vem är huvudman? | Kommun/landsting eller utförare |
| 4. | Är verksamheten tillståndspliktig? | Ja eller nej |
| 5. | Vem sätter priset? | Beställare eller utförare |
| 6. | Hur sätts priset? | Fritt eller reglerat |
| 7. | Vem bär risken för volymförändringar? | Beställare eller utförare |

Entreprenadmodellen kan enligt denna typologi beskrivas som att brukarna anvisas till en utförare (det vill säga inte får välja utförare själva), utföraren vinner ett tidsbegränsat kontrakt, kommunen är huvudman, utföraren sätter (oftast) priset fritt utan regleringar, samt att beställaren bär risken för volymförändringar. Valfrihetssystem enligt LOV kan beskrivas som att brukarna väljer utförare, utförarna startar nya (eller köper befintliga) verksamheter, reglerade priser sätts på beställarsidan, samt att utförarna bär risken för volymförändringar (det vill säga får betalt per plats). Ingen av de två modellerna kännetecknas av huruvida verksamheten är tillståndspliktig eller inte. Dessa beskrivningar visar att entreprenadmodellen ligger närmare

en »fri marknad« i de två prisdimensionerna (5 och 6) medan valfrihetsmodellen gör det i två andra dimensioner (1 och 7; samt i viss mening även 2). Däremot ligger regelverken för personlig assistans och speciellt tandvård nära en »fri marknad« i fem av de sju dimensionerna (undantagen har att göra med tillståndsplikt och huvudmannaskap). Den här typologin visar att marknadsmodeller kan anta en rad olika former som inte alltid går att fånga i termer av en viss huvudmodell. Typologin kan vara nyttig att ha i åtanke vid läsningen av bokens övriga kapitel.

Efter denna översiktsbild går vi vidare med att beskriva utvecklingen över tid inom de olika välfärdstjänsterna förskola, skola, äldreomsorg, insatser till personer med funktionsnedsättning, och sjukvård.

## Förskola

Förskolan, eller barnomsorgen som den länge kallades, är det välfärdsområde som kanske allra tydligast förknippas med införandet av privat drift. Företaget Pysslingen, som i dag driver både förskolor och grundskolor, lyckades tidigt föra upp frågan om privat barnomsorg på den politiska dagordningen.

Jämfört med andra länder har Sverige sedan länge en omfattande och starkt subventionerad barnomsorg. Den offentliga barnomsorgen började byggas ut när förskolelagen (prop. 1975/76:92) trädde i kraft 1975. Kommunerna ansvarade till en början för att verksamheten byggdes ut enligt femårsplaner. Kommunernas ansvar för barnomsorgens utbyggnad övergick 1995 till en skyldighet att tillhandahålla tjänsten utan oskäligt dröjsmål (Martin Korpi 2006). I Familjestödsutredningen (SOU 1981:25) lyftes föräldrakooperativ fram som en alternativ verksamhetsform. Föräldrakooperativ var berättigade till statsbidrag som först understeg och sedan sattes lika med kostnaderna i kommunens verksamhet.

### STRIDEN OM PYSSLINGEN

Utbyggnaden av barnomsorgen visade sig bli en omfattande och dyr historia. Efterfrågan översteg hela tiden utbudet samtidigt som nationella regler för lokalernas yta och barngruppernas storlek begränsade möjligheterna till effektiviseringar. Även om dessa regler senare luck-

rades upp (med prop. 1983/84:9 Om statsbidrag till barnomsorg och social hemhjälp) började privata alternativ också diskuteras som ett sätt att få ner barnomsorgens kostnader. Det var i detta läge som Pysslingen Förskolor AB dök upp. Pysslingen tog form på Svenska Managementgruppen inom SAF (Svenska Arbetsgivareföreningen, numera Svenskt Näringsliv) och var redan från början tänkt som en murbräcka mot de offentliga monopolen. Folkpartisterna Thomas Berglund (i dag vd för vårdkoncernen Capio) och Bert Levin föreslog att man skulle skapa kontrovers genom att trycka på en riktigt öm punkt: barnomsorgen. Pysslingen startade med Electrolux som 90-procentig ägare och försökte som första vinstsyftande företag ge sig in på barnomsorgsområdet (Svanborg-Sjövall 2011).

Den socialdemokratiska regeringen svarade snabbt med en lag som förbjöd statsbidrag »till daghem och fritidshem som drivs i uppenbart vinstsyfte«, den så kallade Lex Pysslingen. Lagen, som trädde i kraft den 1 juli 1984, inskränkte däremot inte möjligheten att lämna statsbidrag till föräldrakooperativ och daghem eller fritidshem med specialpedagogik eller sådana som drevs på ideella grunder. I sin proposition anförde den socialdemokratiska regeringen flera argument mot vinstsyftande barnomsorg (prop. 1983/84:177 Om statsbidrag till alternativa barnomsorgsformer). I inledningen av propositionen hävdar regeringen att förslagen om vinstsyftande barnomsorg »inte tillfört verksamheten något nytt av positivt värde.« Eftersom det, enligt propositionen, går lika bra att minska kostnaderna i kommunala som i privata verksamheter måste vinst tas ut genom sänkt kvalitet eller på intäktssidan genom höjda bidrag och avgifter. Vidare argumenterade regeringen för att vinstsyftande företag skulle riskera barnomsorgens kontinuitet och leda till segregering. Argumentationen avslutades med att höja ett varningens finger för oseriösa företag.

Lex Pysslingen blev inte någon populär lag utan angreps hårt i riksdagen och även inifrån Finansdepartementet. Enligt en SCB-mätning i september 1984 stödde 85 procent av väljarna privat barnomsorg. Som ett svar på kritiken utökade den socialdemokratiska regeringen 1990 i en proposition möjligheterna att ge statsbidrag till personaldrivna daghem och fritidshem och reglerna för dessa blev samma som för annan icke-kommunal verksamhet (prop. 1990/91:38 Om statsbidrag till personalkooperativ barnomsorg).

Eftersom privata företag inte hade förekommit inom barnomsorgen fanns det inte några regler för hur dessa skulle behandlas. Pysslingens utmaning satte fingret på detta. Den tidigare lagstiftningen syftade till att reglera den befintliga barnomsorgen – som var kommunal. Det var därför lagstiftningen blev reaktiv när den nya situationen skulle hanteras. Att barnomsorgen var en kommunal angelägenhet försvårade förstås den socialdemokratiska regeringens möjligheter att hantera situationen. Det visade sig att Nacka kommun kunde kringgå förbudet genom att lägga ut arbetsledningen för en förskola på entreprenad till Pysslingen. På så sätt kunde Pysslingens koncept realiseras även om hela personalen förutom chefen anställdes av kommunen.

Efter regeringsskiftet 1991 väntade den borgerliga regeringen inte länge med att riva upp Lex Pysslingen. Från och med januari 1992 blev det tillåtet att driva skattefinansierad förskole- och fritidsverksamhet med vinstsyfte. I samband med lagändringen skickade Socialdepartementet ut broschyrer till landets alla förskolor med frågan »Vill du starta eget?« och med råd och information om hur detta skulle gå till. Den borgerliga regeringens argument för att ge statsbidrag även till vinstsyftande barnomsorg var att tidigare regler byggt på en orealistisk syn på vinst. Enligt regeringens proposition ska vinst ses som ett uttryck för kostnadseffektivitet, speciellt när intäkterna är mer eller mindre givna (prop. 1991/92:65 Om valfrihet i barnomsorgen).[11]

## ETABLERINGSRÄTT OCH MAXTAXA

När Socialdemokraterna återtog makten 1994 återinförde de inte Lex Pysslingen. Däremot stoppade de den etableringsrätt för förskolor som den borgerliga regeringen hade beslutat om, men som inte hade hun-

11. I följdmotion 1991/92:So7, vilken undertecknades av bland andra Ingvar Carlsson, Göran Persson och Mona Sahlin, yrkade Socialdemokraterna avslag på propositionen. Den här gången var argumenten mot vinstsyftande barnomsorg färre och inte lika tydliga som när Lex Pysslingen röstades igenom. Socialdemokraterna skriver i motionen att de är positiva till utökad valfrihet genom nya driftsformer, men att det är mer angeläget att lägga fast kvalitetskrav för verksamheten och att utreda hur rättsäkerheten för barnen kan garanteras.

nit träda i kraft.[12] Därmed kunde kommunerna även fortsättningsvis själva avgöra om en fristående förskola skulle få bidrag för sin verksamhet eller inte. Bidragsnivån reglerades så att de kommuner som valde att lämna bidrag till fristående förskolor inte fick lämna bidrag på en nivå som oskäligt avvek från kommunens kostnader per barn i motsvarande verksamhet. Etableringsrätt inom förskolan infördes till slut våren 2006 då de fyra borgerliga partierna med stöd av Miljöpartiet röstade igenom en sådan lag. Lagen trädde i kraft den 1 juli samma år.[13] Med denna reform fick förskolan en nationell reglering som innebär att en förskola har rätt att etablera sig i en kommun om skollagens krav på verksamheten uppfylls.[14]

Några år tidigare hade maxtaxa införts i barnomsorgen. Det var ett vallöfte från Socialdemokraterna i valet 1998, som trädde i kraft den 1 januari 2002. Maxtaxan var frivillig för kommunerna men var införd i hela landet inom ett år, sannolikt på grund av att kommunerna gavs starka ekonomiska incitament att göra detta. Tidigare hade avgifterna skiljt sig åt mellan kommunerna, men eftersom maxtaxan sattes så pass lågt betalade de flesta familjer samma avgift per barn efter reformen. En typfamilj med två barn i förskola sparade ungefär en tusenlapp per månad efter skatt på reformen, men i vissa kommuner, bland annat Södertälje, Växjö och Ystad, kunde familjer spara flera tusenlappar. På senare år har inga dramatiska reformer genomförts i förskolan. År 2009 breddades etableringsrätten till att även gälla familjedaghem och annan pedagogisk omsorg. År 2011 kom en ny skollag som likställde de fristående förskolorna med de kommunala. Den medförde bland annat att fristående förskolor som har fler sökande än platser

12. Med etableringsrätt avses här att tillståndsgivande endast fick baseras på huvudmannens lämplighet och lokalernas duglighet (prop. 1993/94:11 Utvidgad lagreglering på barnomsorgsområdet m.m.). Vinstsyftande utförare tilläts med andra ord om de sågs som lämpliga och deras lokaler som dugliga.

13. Motion 2005/06:Ub233 Förskolan.

14. De krav som åsyftas fanns i den dåvarande lagstiftningen (2 kap. 3 § skollagen 1985:1100) och innebar i korthet att det ska finnas personal med rätt utbildning, att barngrupperna ska ha en »lämplig« sammansättning och storlek, att lokalerna ska vara ändamålsenliga samt att barn med speciella behov ska få den hjälp de behöver. I dag gäller att förskolor ska godkännas om verksamheten erbjuder plats åt alla och bedöms kunna följa gällande föreskrifter.

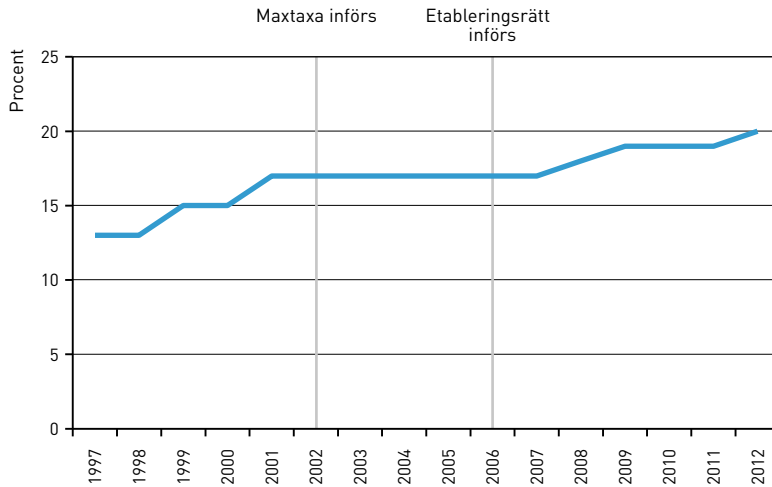
ska fördela platserna på det sätt som kommunen bestämt för förskolan generellt, och att kommunens bidrag till fristående förskolor ska motsvara de kommunala förskolornas kostnader. Därmed får de fristående förskolorna mer betalt i form av ett tilläggsbelopp för barn som behöver extra resurser (Hanspers och Mörk 2011).

### ÖKANDE PRIVATA INSLAG

I dag är över 482 000 barn inskrivna i förskolor, vilket motsvarar 83 procent av alla barn i åldrarna 1–5 år (Skolverket 2013). Bland barn i åldrarna 3–5 år är andelen 95 procent. Sett över tid har förskolan blivit allt mer populär, för tio år sedan var 72 procent av barnen inskrivna. Begreppet förskola introducerades när skollagen förändrades 1998 och ersatte den tidigare benämningen daghemsverksamhet. Samtidigt infördes förskoleklass som en frivillig skolform för sexåringar. Då förskoleklasser i läroplaner och även i kommunernas räkenskaper hänger samman med grundskolan återkommer vi till dem senare i det avsnitt som behandlar skolan.

En allt större andel barn går i en fristående förskola. I figur 2.4 illustreras hur andelen elever som går i fristående förskolor har utvecklats under perioden 1997–2012. År 1997 var den andelen 13 procent. Som framgår av diagrammet ökade det fristående inslaget i förskola till och med 2001. Därefter låg andelen konstant under ett antal år innan den åter började öka något från och med 2008. Utplaningen sammanfaller med införandet av maxtaxa i förskolan (år 2002). En tänkbar förklaring är att det inte blev lika attraktivt för privata företag att etablera sig när maxtaxan (som gällde både i kommunala och i privata förskolor) begränsade deras intäkter från föräldraavgifter och gjorde dem mer beroende av kommunala bidrag (Skolverket 2003). Någon säker slutsats om detta är dock inte möjlig att dra eftersom reformen också ledde till att fler barn skrevs in i förskolan. Att andelen barn i fristående förskola sedan börjar öka igen från och med 2008 kan hänga samman med att nationellt reglerad etableringsrätt  började gälla den 1 juli 2006. År 2012 uppgick andelen barn i fristående förskolor till 20 procent.

Tyvärr finns inte statistiken över inskrivna barn uppdelade efter de fristående förskolornas organisationsform tillgänglig, men om vi ser till kommunernas verksamhetskostnader kan vi ändå få en viss




**Figur 2.4.** Andel barn i fristående förskolor, 1997–2012.
Källa: Skolverket.

uppfattning. Av kommunernas köp av verksamhet inom förskola och skolbarnomsorg med privat motpart år 2012 var 55 procent köp med privata företag som motpart, 44 procent avsåg föreningar och stiftelser och endast 1 procent var köp med hushåll och individer som motpart.

Det finns en betydande variation mellan kommuner när det gäller andelen barn i förskolan som går i fristående alternativ. Å ena sidan finns 47 kommuner som inte har någon fristående förskola alls. Det är framför allt små kommuner: 42 av dem med färre än 15 000 invånare, den största är Ludvika med något fler än 25 000 invånare. Å andra sidan finns Täby kommun där 98 procent går i fristående förskola. Täby är dock ett extremfall. Endast i fem andra kommuner överstiger andelen 50 procent: Danderyd, Sollentuna, Upplands Väsby, Vallentuna och Vellinge.

### SAMMANFATTNING FÖRSKOLA

Sammanfattningsvis kan vi säga att privata förskolor växte fram som svar på en efterfrågan på alternativ till den kommunala förskolan. Nacka kommun och Pysslingen spelade viktiga roller som köpare och

säljare när vinstsyftande utförare introducerades på marknaden. Den socialdemokratiska regeringen använde lagstiftning för att stoppa kommunerna från att anlita vinstsyftande utförare. Lagen i fråga, Lex Pysslingen, upphävdes sedan av den nytillträdda borgerliga regeringen 1991. När socialdemokraterna återtog regeringsmakten 1994 valde de att acceptera vinstsyftande utförare, men de upphävde däremot det beslut om etableringsrätt som ännu inte hade hunnit träda i kraft. Socialdemokraternas tidiga argument mot vinstsyftande förskolor var inte helt olika de som ibland återkommer i dagens välfärdsdebatt: vinst tas ut på bekostnad av verksamhetens kvalitet och vinstmotivet kan dessutom äventyra verksamhetens kontinuitet och leda till segregation. Den borgerliga regeringen argumenterade i stället för att vinst är ett tecken på kostnadseffektivitet. Sedan 2006 gäller en nationell modell med etableringsrätt för utförare. I dag går vart femte förskolebarn i en fristående förskola (ungefär hälften hos ett företag och hälften hos en ideell organisation). Den regionala spridningen är stor och de största privata andelarna finns i några kommuner i Stockholmsområdet.

## Skola

Privatiseringen av skolan är jämförelsevis enkel att beskriva så till vida som den tydligt initierades med en politisk reform, den så kallade friskolereformen. Den borgerliga regering som tillträdde 1991 såg genast till att reformera den nyligen kommunaliserade skolan genom att införa ett slags valfrihetsmodell. Den nya modellen innebar att etableringskraven för skolor sänktes, att möjligheten att välja mellan olika skolor ökade och att fristående skolor gavs rätt till kommunala bidrag i form av en skolpeng som följer eleven. Skolpengen skulle motsvara minst 85 procent av de genomsnittliga kostnaderna i den kommunala skolan där den aktuella friskolan var belägen.[15] Elevavgifter tilläts så länge de var skäliga och inte utestängde någon. Reformens första steg togs för grundskolan där de nya reglerna började gälla 1992 (prop. 1991/92:95 Om valfrihet och fristående skolor). Året därpå stärktes reformen och utvidgades till gymnasieskolan (prop. 1992/93:230 Valfrihet i skolan). Lindbom (2007)

15. Vi använder fristående skola och friskola som synonyma begrepp.

beskriver friskolereformen som ett brott med den konsensusartade syn på skolväsendet som under lång tid hade rått i Sverige.

I den första propositionen angavs »rätten och möjligheten att välja skola och att välja sina barns utbildning« som det avgörande argumentet. Ett annat argument var att fristående skolor kunde bidra med fler utbildningsvägar och pedagogiska metoder. Regeringen hoppades även att konkurrensutsättningen av den kommunala skolan skulle ge ökad kvalitet och effektivare resursanvändning i hela skolväsendet. I en följdmotion kritiserade Socialdemokraterna regeringen för att reformens konsekvenser inte hade analyserats tillräckligt (friskolereformen föregicks inte av någon offentlig utredning). Socialdemokraterna vände sig främst emot konstruktionen med en skolpeng och argumenterade i stället för att kommunerna utan restriktioner skulle få bestämma storleken på bidragen till friskolorna så att resursfördelning kunde anpassas efter varje skolas behov. Socialdemokraterna motsatte sig också elevavgifter eftersom en behovsstyrd tilldelning av bidrag skulle göra avgifterna överflödiga och även eftersom små avgifter skulle verka mycket segregerande (motion 1991/92:Ub62).

När Socialdemokraterna återtog makten 1994 valde de att behålla de centrala delarna av friskolereformen, men de gjorde några viktiga förändringar i regelverket (prop. 1995/96:200 om friskolor m.m.). Skolpengen ändrades så att fristående skolor fick bidrag av elevens hemkommun på samma grund som kommunens egna skolor, vilket innebar att ersättningen höjdes till 100 procent, efter att året innan ha sänkts från 85 till 75 procent. Samtidigt infördes ett krav på avgiftsfrihet för att en fristående skola skulle ha rätt till kommunala bidrag. Argumenten för full skattefinansiering utan avgifter var dels att motverka segregation, dels att främja konkurrens på lika villkor.[16]

Från och med 1991 krävdes ett godkännande av Skolverket för att

16. Därefter har bidragsreglerna genomgått några mindre förändringar. Sedan år 2010 gäller att bidraget till fristående skolor ska bestämmas efter samma grunder som kommunen tillämpar vid fördelning av resurser till den egna grundskolan eller det egna gymnasieprogrammet, vilket konkretiseras i form av ett grundbelopp och ett eventuellt tilläggsbelopp. Grundbeloppet ska avse undervisning, lärverktyg, elevhälsa, måltider, administration, mervärdesskatt och lokalkostnader. Tilläggsbeloppet är avsett för »elever som har ett omfattande behov av särskilt stöd eller ska erbjudas modersmålsundervisning« (prop. 2008/09:171; SFS 2011:185).

få driva en fristående grundskola. 1997 infördes villkoret att en etablering av en fristående grundskola inte får medföra »påtagliga negativa följder för skolväsendet i den kommun där skolan är belägen« (prop. 1995/96:200). Detta ändrades 2010 till att gälla »påtagliga negativa följder på lång sikt för eleverna eller skolväsendet i den kommun där skolan är belägen« och prövas sedan dess av Skolinspektionen (prop. 2009/10:157), som startade sin verksamhet 2008. För fristående gymnasieskolor krävdes från början inget motsvarande tillstånd för etablering, med argumentet att gymnasiet är en frivillig skolform. Sedan 2011 krävs dock tillstånd från Skolinspektionen också för att etablera fristående gymnasieskolor.[17]

## FRISKOLORNAS ANDEL AV ELEVERNA

Det fanns fristående skolor före friskolereformen men de var mycket ovanliga. Inom grundskolan handlade det om 61 fristående skolor som efter regeringsbeslut var berättigade till statsbidrag (prop. 1991/92:95 om valfrihet och fristående skolor). Dessa skolor hade en speciell pedagogisk, etnisk eller religiös inriktning och var koncentrerade till Stockholm och Göteborg. Det handlade främst om Waldorfskolor, konfessionella skolor, internationella skolor och Montessoriskolor.[18]

Drevdagens skola i Älvdalen kom att spela en speciell roll. Inför skolstarten 1983 beslutade kommunen att lägga ned skolan och hänvisade eleverna till Idre, 2,5 mil bort. Men byborna trotsade beslutet och drev skolan vidare med hjälp av stöd och donationer. Drevdagen fick nationell uppmärksamhet och togs upp i riksdagsdebatter och motioner. Efter en lång kamp kunde skolan ombildas till friskola 1989, trots att den inte hade någon speciell inriktning. Skolan lades ned 2007 på grund av begränsat elevunderlag.

År 1992 var andelen friskoleelever 1,0 procent i grundskolan och 1,7 procent i gymnasieskolan. Det fanns dock en inte obetydlig variation mellan olika kommuner. I över hälften av landets kommuner

17. Utöver villkoren för att få driva en grund- eller gymnasieskola tillkommer villkor för att verksamheten ska vara bidragsberättigad.

18. Socialdemokraterna hade strax före regeringsskiftet 1991 infört något mer generösa bidragsregler för friskolor (prop. 1990/91:18), men endast för friskolor som kompletterade de kommunala och utan att ge eleverna någon *rättighet* att välja skola.

gick inga grundskoleelever i någon fristående skola och i 87 procent av kommunerna var andelen 1 procent eller mindre.[19] Andelen för hela riket drogs upp av de högre andelarna i Stockholm (4,8 procent) och Göteborg (3,6 procent).[20]

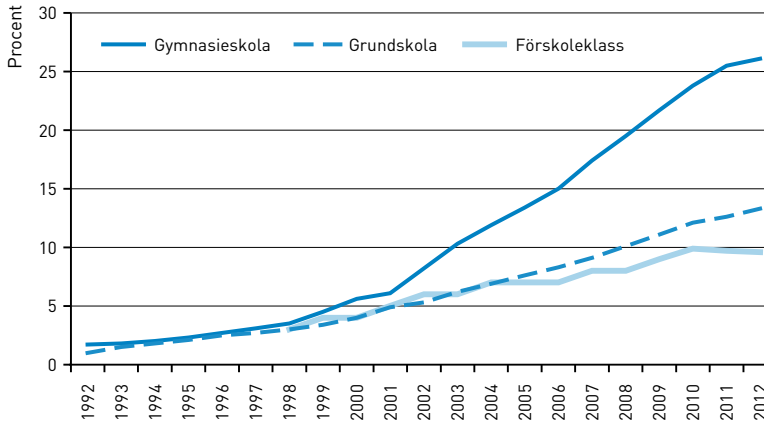
Om vi ser till gymnasieskolan var motsvarande andelar något större. Samtidigt fanns det 225 kommuner där andelen gymnasieelever som gick i en fristående skola var 1 procent eller mindre. Även här drogs andelen för hela landet upp av att det var något vanligare att gå i en fristående skola bland elever som bodde i Stockholm och i Göteborg. Med undantag för Sigtuna fanns ingen kommun där andelen elever i fristående gymnasieskolor översteg 9 procent, och Sigtuna är naturligtvis ett särskilt fall med sin riksinternatskola.

Under 1990-talet ökade de fristående skolornas elevandel, framför allt inom gymnasieskolan mot slutet av årtiondet (se figur 2.5). Ökningstakten för gymnasieskolan tog ytterligare fart från 2001 och framåt. Det är först de senaste åren som takten verkar ha mattats av något, även om själva ökningen fortsätter. År 2012 gick 26 procent av gymnasieeleverna i en friskola. Inom grundskolan har friskolorna expanderat långsammare, men även där ökar elevandelen snabbare från omkring 2000 och uppgick 2012 till 13 procent. Ser vi till förskoleklasser så följde utvecklingen inledningsvis utvecklingen i grundskolan, vilket inte är så märkligt då förskoleklasser är kopplade till grundskolan. Från och med 2005 har dock ökningen av fristående verksamhet varit lite svagare när det gäller förskoleklasser.

Det är med andra ord på gymnasienivå som friskolorna har vuxit snabbast, men även i grundskolan har andelen elever i fristående skolor ökat utan avbrott under hela perioden. Att friskolornas andel, speciellt på gymnasiet, börjar öka kraftigare omkring eller strax efter år 2000 har rimligen att göra med att flera skolföretag som senare växte sig stora etablerades då. Kunskapsskolan och (numera nedlagda) John Bauer-gymnasiet startade sina första skolor 2000, Jensen startade sin

19. Avser den kommun där eleverna är folkbokförda. De kan dock gå i skolor som ligger i någon annan kommun.

20. Endast en kommun, Örkelljunga, hade en elevandel i fristående grundskola som översteg 5 procent. I Örkelljunga finns den kristna fristående grundskolan Solängskolan som startade redan 1971.

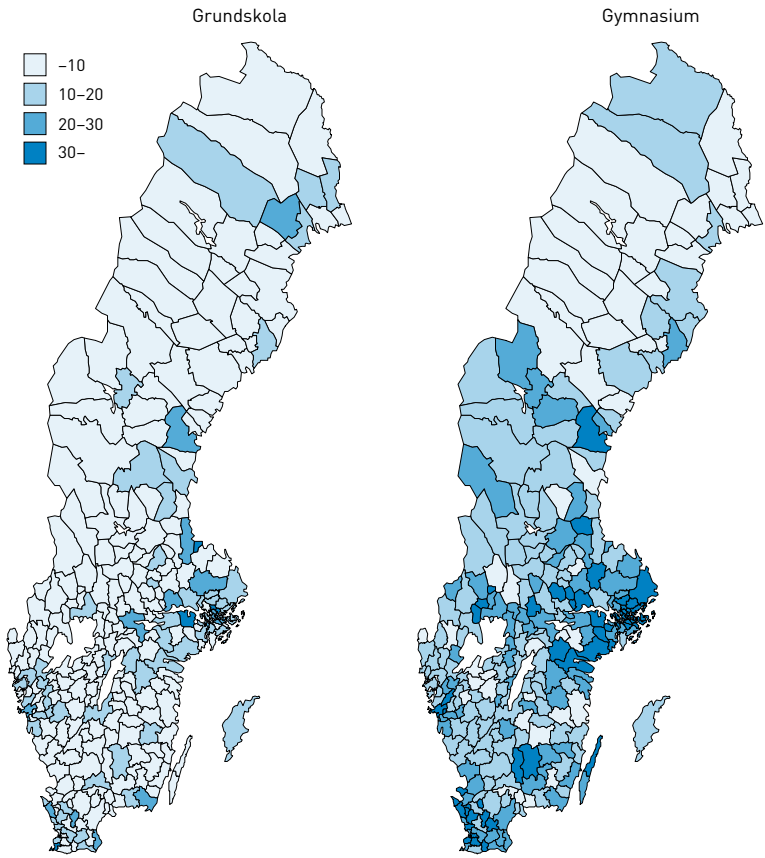



**Figur 2.5. Andel elever i fristående förskoleklass, grundskola och gymnasium, 1992–2012.**
Källa: Skolverket.

första skola 2003. Man kan spekulera i att det då började stå klart att Socialdemokraterna inte skulle riva upp friskolereformen, vilket bör ha ökat intresset för skolmarknaden hos potentiella huvudmän.

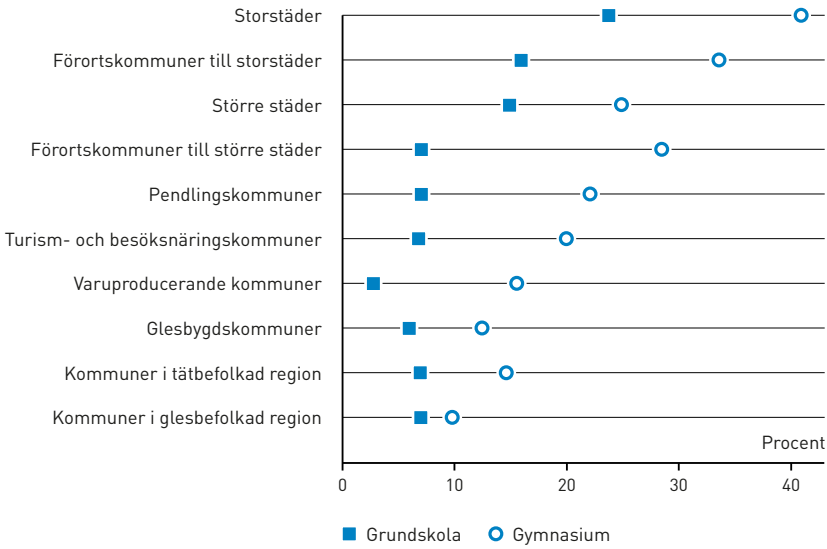
Om man bryter ned statistiken ytterligare framträder fler skillnader. Det är framför allt inom den senare delen av grundskolan som de fristående skolorna har blivit ett större inslag. Med senare delen menar vi årskurs 7–9 (det som tidigare benämndes högstadiet). Vid mitten av 1990-talet fanns endast marginella skillnader mellan grund- och gymnasieskolan. Sedan har, som nämndes ovan, andelen elever i fristående skolor ökat i kraftigare takt bland gymnasieelever än bland grundskoleelever. Detta gör att de små skillnaderna som fanns i mitten av 1990-talet har blivit förhållandevis stora i dag. År 2012 var andelen gymnasieelever som gick i fristående skolor 26 procent och motsvarande andelar för årskurs 7–9 och årskurs 1–6 var 17 och 12 procent. Sett till de senaste 10 åren innebär det ökningar med 218 procent för gymnasiet, 183 procent för grundskolans årskurs 7–9 och 110 procent för årskurs 1–6.

Bland de elever som gick i en friskola läsåret 2011/12 gick 74 procent av grundskoleeleverna och 90 procent av gymnasieeleverna på




**Figur 2.6.** Andel elever i fristående grundskola och gymnasium i procent, 2012.
Källa: Skolverket.

en vinstsyftande friskola (aktiebolag eller enskild firma), enligt en sammanställning av statistik från Skolverket och Friskolornas riksförbund som Maria Eriksson har gjort på uppdrag av Timbro. Ökningen har varit tydlig: år 2001 gick 28 procent och år 2009 66 procent av de niondeklassare som gick i en friskola i en vinstsyftande skola (Böhlmark och Lindahl 2012).




**Figur 2.7. Andel elever i fristående grundskola och gymnasium, efter kommungrupp, 2012.**
Källa: Skolverket.

## REGIONALA SKILLNADER

Friskolornas popularitet varierar stort mellan olika kommuner. I Täby går 44 procent av grundskoleeleverna i fristående skolor. Samtidigt finns 101 kommuner som inte har några elever i fristående skolor. Dessa skillnader illustreras i figur 2.6.

Ett sätt att studera variationen mellan olika kommuner är att utgå från den kommungruppsindelning som Sveriges Kommuner och Landsting, SKL, har tagit fram. Det är en indelning i 10 grupper efter kommunernas befolknings- och näringsstruktur. I figur 2.7 illustreras andelen elever i fristående skolor i grundskolan och gymnasieskolan efter kommungrupp. Som framgår av figuren finns en betydande variation mellan de olika kommungrupperna. I storstäderna (Stockholm, Göteborg och Malmö) är andelarna som går i fristående skolor betydligt större än i övriga kommungrupper. I större städer, förorts- och pendlingskommuner är andelarna något mindre, men

ändå större än i övriga kommuner. I förortskommuner till storstäder och i pendlingskommuner är andelarna i fristående gymnasieskolor betydligt större än motsvarande andelar för grundskolan, vilket torde bero på att gymnasieelever i dessa kommuner lättare kan ta del av det skolutbud som finns i närliggande, större kommuner än vad som är fallet för grundskoleelever. I alla kommungrupper är andelen friskoleelever större för gymnasiet än för grundskolan.

Den betydande variationen mellan kommuner återspeglar i hög grad befolkningsskillnader. Det finns ett tydligt samband mellan å ena sidan befolkningsstorlek och å andra sidan utbud av skolor och andel elever som går i fristående skolor. Det är värt att understryka de stora skillnader som finns mellan landets kommuner i det avseendet. I Stockholms stad finns närmare 75 000 grundskoleelever. I hela Sverige finns endast 26 kommuner med fler invånare än så. Stockholm med sina 75 000 elever kan även jämföras med Bjurholm, Dorotea, Arjeplog och Sorsele som alla har under 250 elever i grundskolan.[21] Ingen av dessa sistnämnda kommuner har heller någon fristående grundskola.

Friskolor kan naturligtvis etableras av olika skäl. Det finns exempel på friskolor i mindre byar som startar när den kommunala skolan läggs ned för att på så vis säkra ett utbildningsalternativ i hembygden. Samtidigt är det rimligt att anta att det är mer attraktivt för en privat aktör att etablera sig i en kommun där det finns ett större elevunderlag att konkurrera om. Och om elevunderlaget är tillräckligt begränsat kommer en friskola sannolikt inte heller att få Skolinspektionens etableringstillstånd, eftersom en sådan etablering typiskt anses få »påtagliga negativa följder«.[22]

---

21. Elevantalen avser år 2012.

22. Vad Skolinspektionen anser vara »påtagligt negativa följder« baseras i väldigt stor utsträckning på antalet elever som skulle bli kvar i den kommunala skolan efter det att en friskola startat och fått så många elever som den angivit i sin ansökan. Chansen att Skolinspektionen ska bevilja en gymnasiefriskola tillstånd att öppna ligger mellan 10 och 20 procent om antalet kvarvarande elever i den kommunala skolan understiger 40. För antal över 40 ligger sannolikheten att få öppna en ny skola mellan 60 och 100 procent. Som jämförelse kan också nämnas att sannolikheten att Skolverket ska bevilja en ansökan är ungefär 50 procent om kommunen rekommenderar avslag (Pistol 2013).

I de flesta kommuner (175 stycken) finns inte någon fristående gymnasieskola. Av de 50 kommuner som hade minst befolkning år 2012 var det endast 4 som hade en fristående gymnasieskola. Samtidigt ska det nämnas att det inte finns någon gymnasieskola över huvud taget i 23 av landets kommuner. Oavsett det så finns det i de flesta kommuner inte något fristående gymnasium som konkurrerar om eleverna, och det är bara 56 kommuner som har två eller fler fristående gymnasieskolor. Inom grundskolan finns det fler kommuner med minst en friskola, men 101 kommuner saknar helt friskola. Av de kommuner som har fristående grundskolor är det 115 stycken som har två eller fler. Att det är en större andel gymnasieelever som läser vid fristående skolor samtidigt som det är betydligt färre kommuner som har fristående gymnasieskolor beror bland annat på att gymnasieelever är mer benägna att studera i andra kommuner och därmed få tillgång till ett större utbud av skolor, inklusive de fristående.

## SAMMANFATTNING SKOLA

Sedan friskolereformen vid 1990-talets början har andelen barn som går i en friskola ökat utan avbrott både på gymnasiet och i grundskolan. Ökningen har dock varit snabbare inom gymnasieskolan. I dag går 26 procent av gymnasieeleverna och 13 procent av grundskoleeleverna i en friskola. Omkring två tredjedelar av friskolorna drivs i aktiebolagsform. Både på gymnasiet och i grundskolan går en större andel av eleverna i större städer och deras förortskommuner i friskolor än i glesbygden.

Den borgerliga regeringens motiv för att införa friskolesystemet i början av 1990-talet var först och främst att garantera rätten och möjligheten att välja sina barns utbildning. Man hoppades även att konkurrensutsättningen av den kommunala skolan skulle ge ökad kvalitet och effektivare resursanvändning i hela skolväsendet. Socialdemokraterna motsatte sig till en början systemet med en fast skolpeng som följde eleven. I regeringsställning valde de sedan att modifiera i stället för att riva upp friskolesystemet. Ersättningen höjdes till 100 procent av den kommunala skolans kostnader och avgiftsfrihet infördes som ett krav för kommunala bidrag. Med full skattefinansiering utan avgifter ville Socialdemokraterna motverka ekonomisk segregation och främja konkurrens på lika villkor.

## Äldreomsorg

Äldreomsorgens privatisering tog sin början 1989 när Danderyds kommun slöt ett treårigt avtal med Svensk Hemservice, i dag Attendo, om att utföra hemtjänst i kommundelen Stocksund. Bakgrunden var att Danderyds kommun redan hade lagt ut snöröjning åt pensionärer och sjuka samt utryckning vid trygghetslarm på entreprenad. Eftersom dessa tjänster anknyter till hemtjänsten låg det nära till hands att gå vidare och pröva entreprenad även där.[23] Ärendet blev kontroversiellt och uppmärksammades i massmedierna. Svenska kommunalarbetareförbundet demonstrerade och överlämnade protestskrivelser vid det möte där socialnämnden fattade beslut om att lägga ut 300 hemtjänsttimmar i veckan på entreprenad i ett treårigt pilotprojekt. En representant för Kommunal agerade också ombud när en kvinna från Danderyd begärde laglighetsprövning av beslutet baserat på att socialnämnden skulle ha överskridit sina befogenheter. Kammarrätten dömde till kommunens fördel: eftersom kommunen fortfarande hade ansvar för hemtjänsten innebar entreprenaden enligt rätten inte någon otillåten delegering av socialnämndens uppgifter även om inte kommunens anställda utförde arbetet.[24] Domen överklagades till Regeringsrätten som dock inte beviljade prövningstillstånd, och i ett rättsutredande pm konstaterade att »några särskilda bestämmelser om hur hemtjänst ska skötas finns inte.«[25] Danderyds kommun hade därmed fått rätt att lägga ut hemtjänst på en privat utförare. Det beskrivna rättsfallet kan sägas utgöra grunden för dagens privata äldreomsorgsbransch.

### POLITISKA REFORMER OCH ARGUMENT

Inom äldreomsorgen finns det ingen avgörande politisk reform som, likt friskolereformen, kan sägas ha initierat privatiseringarna. Som vi

23. Äldreomsorgen kan i huvudsak delas upp i särskilda boenden och hemtjänst. Särskilda boenden finns för personer som inte längre klarar av att bo på egen hand och hemtjänst finns för dem som kan bo på egen hand men behöver olika former av stöd för att klara det.

24. Kammarrätten i Stockholm, dom 3140-1988, 1988-06-09.

25. Regeringsrättens beslut 3213-1988, 1988-09-23.

har sett var det i stället en pionjärkommun som beredde vägen för den fortsatta utvecklingen. Den nya kommunallagen 1991 tydliggjorde lagstiftningen om entreprenader. Genom Ädelreformen år 1992 fick kommunerna totalansvar för äldreomsorgen genom att ta över ansvaret för vården av äldre sjuka på äldreboenden från landstingen.

Privatiseringen av äldreomsorgen har företrädesvis skett enligt entreprenadmodellen. Den stora reformen av betydelse för äldreomsorgen är den redan beskrivna lagen om valfrihetssystem (LOV) som trädde i kraft 2009. Det fanns dock, enligt en sammanställning vi låtit göra, 29 kommuner som hade infört valfrihet redan innan de implementerade LOV. Inom hemtjänsten gick Danderyd redan 1993 över till en valfrihetsmodell, då kallad kundval. Även Täby, Vaxholm och Nacka införde kundvalsmodeller i början av 1990-talet. Fastän det har ifrågasatts om dessa kommuner följde upphandlingsreglerna i LOU, så är vår tolkning att LOV tydliggjorde lagstiftningen snarare än införde nya möjligheter till kundval och privat produktion.

Bortsett från LOV har äldreomsorgen behandlats väldigt sparsamt i regeringsförklaringar, valmanifest, partiprogram, propositioner och motioner. Till exempel används omsorg oftast som en generisk term utan vidare precisering i riksdagspartiernas partiprogram, oftast som en del av uttrycket »vård och omsorg« (Bruzelius 2013). Alliansregeringen motiverade införandet av LOV främst med ekonomiska argument om ökad effektivitet och kvalitet, men även med andra argument, såsom ökat självbestämmande för individen och förbättrade möjligheter för kvinnor att starta och driva företag (prop 2008/09:29 Lag om valfrihetssystem). I en gemensam följdmotion yrkade Socialdemokraternas och Miljöpartiets ledamöter i Socialutskottet avslag på LOV-propositionen (motion 2008/09:S05). De elva undertecknarna såg positivt på valfrihetssystem inom sjukvård och äldreomsorg (till skillnad från upphandlingar som de ansåg vara olämpliga på dessa områden). Däremot vände de sig mot regeringens utformning av valfrihetssystem. Kritik riktades mot företagens etableringsrätt och möjlighet att sälja tilläggstjänster. Motionärerna föreslog också att lokala kvalitetskontor skulle inrättas för att stödja brukarna. I den andra följdmotionen (motion 2008/09:S06) anförde Vänsterpartiets ledamöter i Socialutskottet nästan exakt samma kritik, men inledde med en hårdare ton mot privata utförare: »Vänsterpartiet anser att

offentligt finansierade välfärdsverksamheter som äldreomsorg, handikappomsorg och hälso- och sjukvård i huvudsak ska drivas av offentliga utförare. Vi motsätter oss konkurrensutsättning och privata vinstintressen inom dessa områden och är djupt oroliga över den utveckling som sker.«

## VILKA KOMMUNER INFÖR LOV?

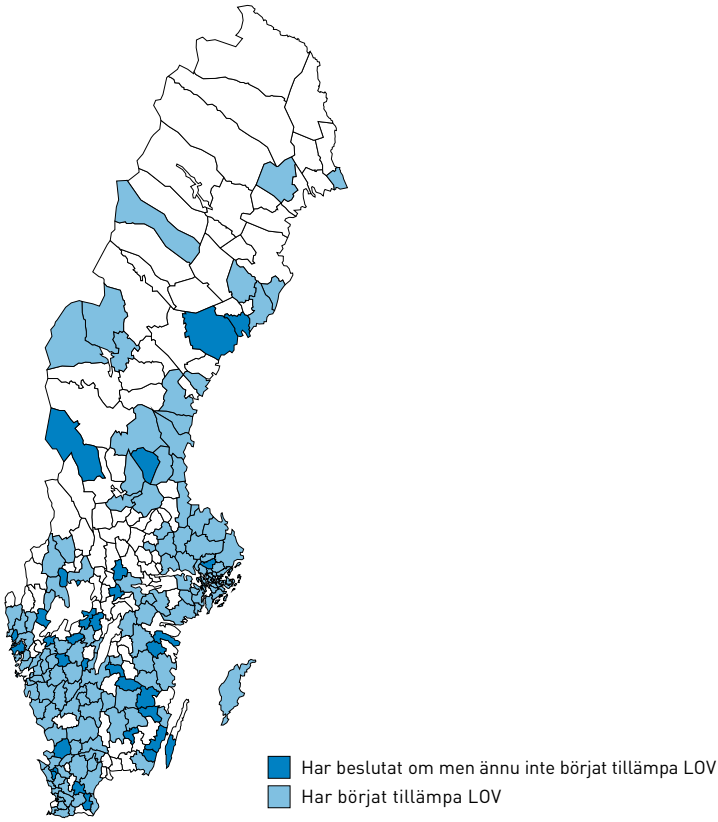
I syfte att öka tillämpningen av LOV har regeringen gett Socialstyrelsen i uppdrag att besluta om och fördela stimulansbidrag till de kommuner som vill förbereda och utveckla valfrihetssystem inom omsorgen om äldre och personer med funktionsnedsättning. Det är enligt senast tillgängliga uppgifter från SKL 257 kommuner som har sökt och beviljats sådana bidrag.[26] Av dessa kommuner har 144 börjat tillämpa LOV (de flesta inom hemtjänsten) och 35 har beslutat att göra det, men ännu inte implementerat beslutet.[27] 41 kommuner har beslutat att inte tillämpa LOV. De resterande 37 kommuner som har beviljats stimulansbidrag har ännu inte fattat beslut om de ska tillämpa LOV eller inte. De flesta kommuner som har infört valfrihetssystem inom hemtjänsten gjorde det i samband med att de började tillämpa LOV.

Figur 2.8 illustrerar vilka kommuner som har beslutat att tillämpa LOV och vilka som dessutom har börjat tillämpa LOV. Det framkommer av Socialstyrelsens (2013a) rapportering att ett skäl till att en del kommuner inte har börjat tillämpa LOV trots beslut att göra det är att de inte har lyckats få någon privat aktör att etablera sig i kommunen. Detta antyder att det råder skilda förhållanden för landets olika kommuner.

Det finns ett tydligt samband mellan kommunernas invånarantal och deras val att börja tillämpa LOV. I de 77 kommuner som har färre än 10 000 invånare har 40 procent antingen börjat tillämpa eller beslutat att börja tillämpa LOV. Motsvarande andel i de kommuner som har över 50 000 invånare är 83 procent. Essunga och Vindeln,

26. Enligt uppgifter hämtade 27 juni 2013 från SKL:s webbsida med statistik över LOV: »Beslutsläge om införande av LOV, april 2013«.

27. Siffrorna som presenteras här avviker något från SKL:s eftersom Klippans kommun har LOV i drift nu, medan kommunen enligt SKL:s material endast fattat beslut om att införa det.




**Figur 2.8.** **Kommuner som tillämpar eller har beslutat att tillämpa LOV, 2013.**
Källa: Socialstyrelsen.

båda med under 6 000 invånare, är de två minsta kommunerna som tillämpar LOV. Omvänt så har landets näst största kommun, Göteborg, fattat beslut om att inte tillämpa LOV.

I många kommuner finns en politisk skiljelinje mellan de partier som vill införa valfrihetssystem och de som inte vill det. Av de kommuner där de fyra allianspartierna tillsammans fick en majoritet av mandaten i 2010 års val har 86 procent antingen infört eller beslutat om att införa LOV. Motsvarande andel i övriga kommuner uppgår till

50 procent. Samtidigt växlar de politiska majoriteterna i kommunerna och det kan ta tid och även vara svårt att ändra fattade beslut, i synnerhet om brukarna har vant sig vid en ny modell. I Boden började man tillämpa LOV under mandatperioden 2006–2010 under ett kommunalt styre lett av Moderaterna. När Socialdemokraterna sedan med stöd av Vänsterpartiet tog makten efter 2010 års val föreslog de att valfrihetssystemet skulle avskaffas, men efter protester valde de att låta det finnas kvar.[28] Värt att lägga märke till är att även Fagersta, där Vänsterpartiet har egen majoritet, tillämpar LOV. Den nationella partilinjen får inte alltid genomslag på den kommunala nivån.

Undantagen till trots ger kommunernas storlek och politiska färg tillsammans en god bild av vilka kommuner som tillämpar LOV. Bland de kommuner som har 50 000 invånare eller fler och där allianspartierna har en majoritet av mandaten efter 2010 års val har alla börjat tillämpa eller beslutat att tillämpa LOV. Bland de 34 kommuner som har färre än 10 000 invånare och där Socialdemokraterna och Vänsterpartiet har en majoritet av mandaten efter 2010 års val har endast 6 börjat tillämpa eller beslutat att börja tillämpa LOV (Grums, Haparanda, Lessebo, Nordmaling, Robertsfors och Älvkarleby).

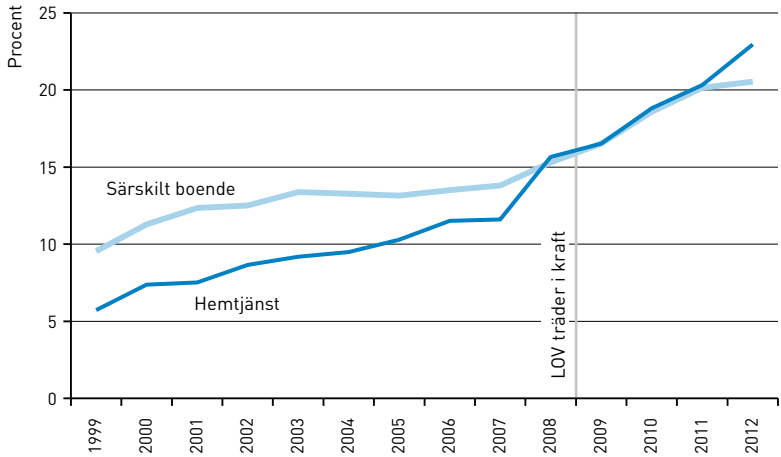
## ANDEL ÄLDREOMSORG I PRIVAT REGI

Det dröjde några år innan Danderyd började få efterföljare med privat äldreomsorg. Hösten 1991 uppger Kommunförbundet och Socialdepartementet att en handfull kommuner har lagt ut hemtjänst på entreprenad, bland dem Danderyd, Solna, Stockholm och Västervik.[29] Med tiden har de privata utförarna blivit allt fler. Inom särskilda boenden har den andel av verksamheten som utförs i privat regi ökat betydligt över tid (se figur 2.9). År 1999 befann sig knappt 10 procent av brukarna i ett boende i privat regi. Den andelen ökade under de följande åren för att sedan ligga på ungefär samma nivå mellan 2003 och 2007, och sedan åter öka under de senaste åren. År 2012 får närmare 21 procent av personerna i särskilt boende omsorg i privat regi.

---

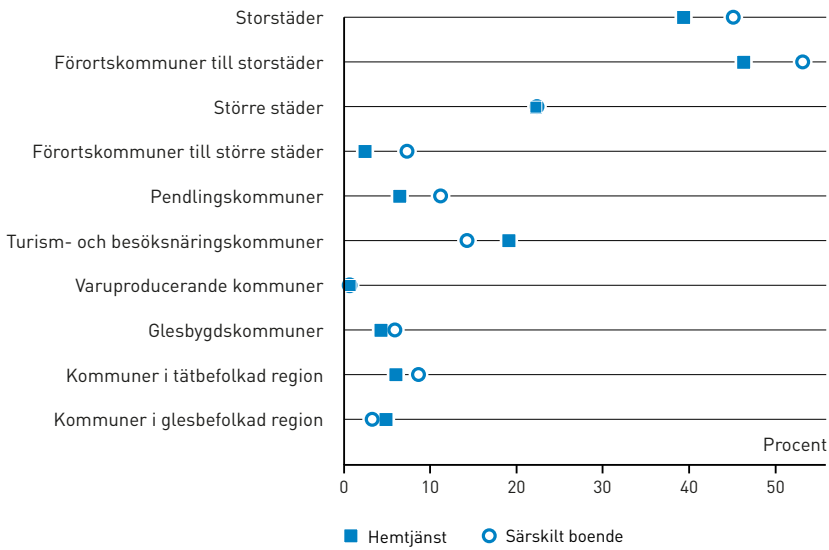
28. Tidningen Vision, 2012-11-08, »Bodens kommun fortsätter med valfrihet« (hämtad 2013-08-28).

29. TT Nyhetsbanken, 1991-09-23, »Få kommuner har privatiserat hemtjänsten för de gamla« (hämtad 2013-08-24).




**Figur 2.9. Andel av hemtjänsttimmar och personer i särskilt boende i privat regi, bland äldre 1999–2012.**
Källa: Socialstyrelsen.

När det gäller hemtjänsten så varierar insatsernas storlek betydligt mellan olika personer. Detta gör att det är mer relevant att se till insatta timmar än till personer som får hjälp. Om vi gör det kan vi konstatera att andelen insatta timmar som utförs av aktörer i privat regi har ökat stadigt från 1999 och fram till i dag, från 6 till 23 procent. Som framgår av figur 2.9 sker ett kraftigt hopp i statistiken mellan 2007 och 2008, då andelen ökade med drygt 4 procentenheter. Denna kraftiga ökning är dock svårtolkad. År 2007 skedde en förändring av statistiken som innebar att gruppen personer med hemtjänst utvidgades till att omfatta personer som tidigare inte räknades med i den kategorin (det rör sig om personer som hade matdistribution, trygghetslarm eller snöröjning, men ingen omsorg). Hur denna omläggning påverkade de observerade utfallen går inte att säga utan att granska statistiken i detalj. Samtidigt förefaller det oavsett den förändringen som om ökningstakten av andelen hemtjänst i privat regi tilltog vid ungefär samma tidpunkt för att sedan ligga på en högre nivå fram till i dag. År 2012 utfördes 23 procent av insatta timmar inom hemtjänsten av aktörer i privat regi.




**Figur 2.10. Andel i enskild regi av hemtjänsttimmar och personer i särskilt boende, bland äldre, efter kommungrupp, 2012.**
Källa: Socialstyrelsen.

## REGIONALA SKILLNADER

I likhet med vad vi har kunnat konstatera inom andra välfärdsområden så varierar även de privata inslagen inom äldreomsorgen mellan olika kommuner. År 2012 utfördes all hemtjänst till äldre i kommunal regi i 150 kommuner. I tre kommuner (Nacka, Staffanstorp och Vellinge) utfördes all hemtjänst i privat regi och i ytterligare två (Täby och Upplands Väsby) uppgick andelen hemtjänsttimmar utförda i privat regi till 95 procent eller mer.[30] Inom särskilt boende fanns det 179 kommuner där all verksamhet utfördes i kommunal regi och fem kommuner där privata aktörer stod för allt. Detta understryks av att Staffanstorp och Vellinge har all hemtjänst och särskilt boende i privat regi. Vax-

30. Små kommunala inslag av speciellt slag kan förekomma i dessa kommuner. Till exempel har Staffanstorp en kommunal korttidsenhet som ger omsorg i hemmet upp till 3 veckor.

holm har lagt alla särskilda boenden hos privata aktörer och har även en stor andel privata inslag inom hemtjänsten. Samtidigt finns undantag: Årjäng har alla särskilda boenden i privat regi samtidigt som all hemtjänst utförs av kommunen.

Om vi studerar motsvarande skillnader efter kommungrupper framträder tydliga skillnader. Som framgår av figur 2.10 ligger stora delar av äldreomsorgen hos privata aktörer i framför allt storstäder och förortskommuner till storstäder, samt i viss mån i andra större städer. När det gäller storstäder (Stockholm, Göteborg och Malmö) är det Stockholm som drar upp andelarna. Det gäller i synnerhet hemtjänsten där i stort sett all verksamhet i Göteborg och Malmö utförs i kommunal regi. I övriga kommungrupper är de privata inslagen mer begränsade. Figuren illustrerar också att graden av privatisering inom hemtjänst och särskilt boende hänger samman.[31]

### SAMMANFATTNING ÄLDREOMSORG

Privat utförd äldreomsorg etablerades i Danderyd och har sedan spridits över landet. Till att börja med dominerade entreprenadmodellen, men inom hemtjänsten har valfrihetsmodellen successivt vunnit mark. Både kommunallagen 1991 och LOV 2009 tydliggjorde lagstiftningen snarare än införde nya möjligheter till valfrihet och privat produktion. När alliansregeringen införde LOV blev de partipolitiska skiljelinjerna tydliga, men i övrigt har privatproducerad äldreomsorg behandlats förvånansvärt sparsamt i regeringsförklaringar, valmanifest, partiprogram, propositioner och motioner. År 2012 gav privata utförare omsorg motsvarande 23 procent av timmarna i hemtjänsten och 21 procent av personerna i särskilt boende. Även för äldreomsorgen är de regionala skillnaderna stora. Storstäderna och deras förortskommuner avviker med privata andelar omkring 40–50 procent.

## Insatser till personer med funktionsnedsättning

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) och socialtjänstlagen (SoL) reglerar landstingens och kommunernas ansvar för att tillgodose medborgar-

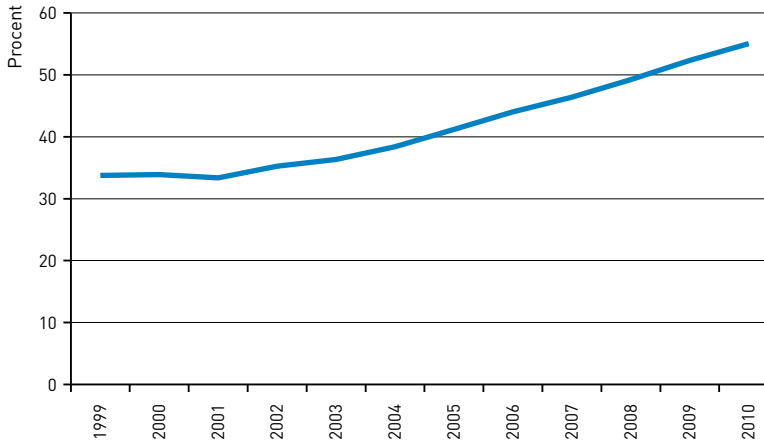
31. På kommunnivå uppgår korrelationskoefficienten för privatisering av hemtjänst och av särskilt boende till 0,76.

nas behov av hälso- och sjukvård och sociala insatser. Personer med stora och varaktiga funktionsnedsättningar kan dessutom ha rätt till särskilda insatser enligt lagen om stöd och service till vissa funktionshindrade (LSS). LSS trädde i kraft den 1 januari 1994 och gör det möjligt för personer med omfattande funktionsnedsättning att få större inflytande över hur insatser ska ges. För att kunna bli beviljad stöd enligt LSS krävs att man är under 65 år, annars hänvisas man till äldreomsorgen. I LSS finns tio insatser angivna, men personer som erhåller stöd enligt LSS kan även få insatser enligt SoL. Drygt 64 000 personer fick hjälp genom en eller flera insatser enligt LSS från kommuner den 1 oktober 2012 (Socialstyrelsen 2013b). Exempel på insatser kan vara rådgivning och personligt stöd, ledsagarservice och personlig assistans. Det är kommunerna som har ansvar för stöd enligt LSS med undantag för mer omfattande insatser i form av personlig assistans, då staten går in och täcker en del av kostnaderna. Anlitande av personlig assistent regleras i LSS samt i socialförsäkringsbalken (2010:110). Försäkringskassan ansvarar för bistånd till dem vars behov av personlig assistans överstiger 20 timmar per vecka. Kommunerna finansierar dock även i dessa fall de första 20 timmarna per vecka.

Såvitt vi känner till finns ingen heltäckande statistik som preciserar om insatser enligt LSS utförs i privat eller offentlig regi. Det är anmärkningsvärt med tanke på att kommunernas kostnader för sådana insatser år 2011 uppgick till närmare 48 miljarder kronor,[32] vilket kan jämföras med de totala kostnader för insatser till personer med funktionsnedsättning, vilka uppgick till 58 miljarder kronor. Jämfört med äldreomsorgen är det också tydligt att de resurser som går till personer med funktionsnedsättning har ökat kraftigt med tiden (Szebehely 2011). Som vi går in på nedan har särskilt kostnadsökningen för personlig assistans varit markant.

De beskrivna reformerna utgör de viktigaste politiska åtgärderna på området. De nya lagar som 1994 stärkte de funktionsnedsattas ställning, LSS och lagen om assistansersättning (LASS, som sedan 2011 införlivats i socialförsäkringsbalken), föreslogs av den borgerliga regeringen men hade ett brett politiskt stöd över blockgränsen (prop. 1992/93:159 Om stöd och service till vissa funktionshindrade). För

32. Inklusive insatser enligt socialförsäkringsbalken (SFB).

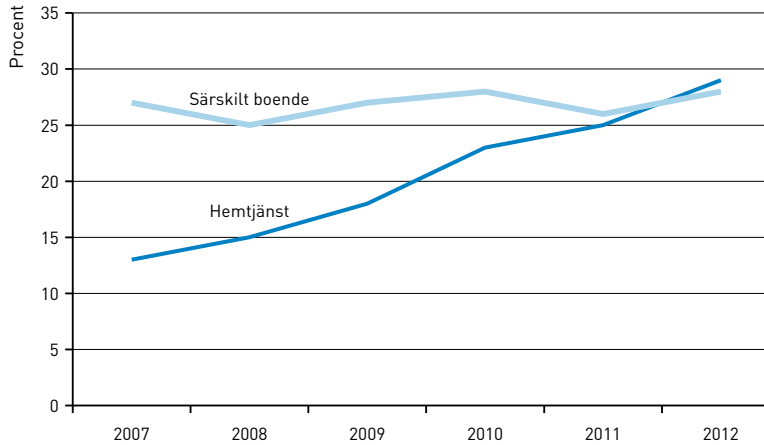



**Figur 2.11.** Andel som fått personlig assistans av privat utförare, 1999–2010.
Källa: Försäkringskassan.

ovanlighetens skull hade Vänsterpartiet inget att invända mot de förslag som handlade om de privata utförarnas etablering och ersättning.

### PERSONLIG ASSISTANS

När det gäller personlig assistans är den tillgängliga statistiken mer utförlig. Totalt sett har kostnaderna för personlig assistans ökat markant sedan reformen genomfördes, från knappt 1,8 miljarder kronor 1994 till omkring 23 miljarder kronor 2010 (Försäkringskassan 2011). Av dessa 23 miljarder utgjorde kommunernas andel 4,3 miljarder kronor för finansiering av de 20 första assistanstimmarna per vecka, resten finansieras av staten. Den branta kostnadsökningen består både i en ökning av antalet personer som får assistansersättning och en ökning av antalet insatta timmar per person. Antalet personer som hade assistansersättning uppgick 2010 till närmare 16 000, vilket är 2,5 gånger fler än 1994. Under samma period har dessutom det genomsnittliga antalet insatta timmar ökat med 73 procent. En ytterligare förklaring till kostnadsökningen ligger i den lagändring som gjordes 2001, då personer fick rätt att behålla personlig assistans efter sin 65-årsdag (Försäkringskassan 2011). Assistansersättning utgår




**Figur 2.12.** **Andel i enskild regi av hemtjänsttimmar och personer i särskilt boende, bland personer med funktionsnedsättning 2007–2012.**
Källa: Socialstyrelsen.

med ett nationellt schablonbelopp som bestäms av regeringen och år 2013 uppgår till 275 kronor per timme.

När det gäller personlig assistans finns uppgifter över hur insatserna fördelas efter olika utförare. I figur 2.11 illustreras andelen personer med personlig assistans som valt att få hjälp av privata utförare för perioden 1999–2010. Som framgår av figuren så har andelen ökat betydligt under den studerade perioden, från 34 till 55 procent. Bland de privata utförarna är det framför allt företagen som har ökat: antalet personer som har fått personlig assistans genom privata företag har mer än fyrdubblats under perioden, medan ökningen har varit blygsammare för kommunal verksamhet, brukarkooperativ och insatser i egen regi. För alla kategorier har dock en ökning skett.

### HEMTJÄNST OCH SÄRSKILT BOENDE FÖR PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

En uppdelning efter enskild och offentlig regi finns även när det gäller insatser i form av hemtjänst och särskilt boende riktade enligt SoL till personer med funktionsnedsättning. År 2012 var drygt 21 000 personer under 65 år med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning bevilja-

de sådan hemtjänst. I genomsnitt erhöll de 23,5 timmar hemtjänst per månad. Som framgår av figur 2.12 har andelen av dessa timmar som utförts i privat regi mer än fördubblats sedan 2007 och uppgår i dag till 29 procent. Utöver dessa personer var det närmare 4 200 personer med fysisk eller psykisk funktionsnedsättning som bodde permanent i ett särskilt boende. Omkring 28 procent av dessa boenden drevs i privat regi 2012, en andel som varit relativt oförändrad de senaste sex åren.

Det finns 175 kommuner som har all hemtjänst enligt SoL riktad till personer med funktionsnedsättning i kommunal regi. I en del andra kommuner utförs en stor del av sådana insatser av privata aktörer. I 31 kommuner utförs över hälften av de insatta hemtjänsttimmarna i privat regi, och som vi tidigare noterade för äldreomsorgen finns det tre kommuner (Nacka, Staffanstorp och Vellinge) där all hemtjänst utfördes i privat regi och ytterligare två (Täby och Upplands Väsby) där den privata andelen uppgick till 95 procent eller mer.

### SAMMANFATTNING INSATSER TILL PERSONER MED FUNKTIONSNEDSÄTTNING

Jämfört med andra välfärdsområden är privat drift vanligt förekommande för de tjänster som riktas till personer med funktionsnedsättning. De privata utförarnas andel uppgår till 55 procent inom personlig assistans och till knappt 30 procent inom hemtjänst och särskilt boende. Statistiken för privata utförare är dock långt ifrån heltäckande på området, vilket är anmärkningsvärt både med tanke på de höga privata andelarna i den statistik som finns och med tanke på att kostnaderna för insatser till personer med funktionsnedsättning har ökat kraftigt med tiden. Både brukarna och utförarna har stor valfrihet enligt det nationella regelverket på området. De stora reformerna har genomförts i total politisk enighet. När det gäller hemtjänst och särskilt boende finns det stora skillnader mellan olika kommuner, precis som inom äldreomsorgen.

## Sjukvård

Vi lämnar nu de välfärdstjänster som ligger inom kommunernas domäner och flyttar blicken mot landstingen och deras ansvar för hälso- och sjukvården. Det är svårt att beskriva sjukvård som en tjänst;

primärvård skiljer sig från specialistvård som i sin tur innehåller en rad olika områden. Privatiseringen av sjukvården innehåller också många komponenter: lokala initiativ som förekommer nationella reformer, lagar med syftet att stimulera eller hålla tillbaka privatproducerad sjukvård och tydliga politiska konflikter, framför allt kring de vinstsyftande utförarna.[33]

## ETABLERINGSRÄTT OCH ERSÄTTNING

Under 1960- och 1970-talet expanderade den landstingsdrivna sjukhusvården snabbt. Expansionen var okontroversiell och skedde oberoende av landstingens politiska majoriteter (Rehnberg och Garpenby 1995). Privatpraktiserande läkare spelade länge en viktig roll. Läkarnas anställningsförhållanden var av tradition mycket fria och många drev egen praktik på det sjukhus där de var anställda. Dessa praktiker var ofta väldigt lönsamma även om läkarnas arbetsdagar kunde bli långa. På 1970-talet minskades läkarnas frihet dramatiskt. Med den så kallade sjukronorsreformen 1970 – som Socialdemokraterna kunde besluta om med egen majoritet i riksdagen – gjordes läkarna till offentliga tjänstemän med reglerad arbetstid och fast lön. Förutom en mindre patientavgift på sju kronor behövde patienten inte längre lägga ut pengar för läkarbesök (för att sedan begära ersättning av Försäkringskassan). När läkarna fråntogs rätten till privatpraktik på den egna arbetsplatsen minskade den privat utförda vården, som hade uppgått till en fjärdedel av alla öppenvårdsbesök, snabbt till en mycket lägre nivå, även om det fortfarande var möjligt att driva läkarpraktik på heltid eller på fritiden och få ersättning av Försäkringskassan.[34] Vid ungefär samma tid påbörjades, på initiativ från Socialstyrelsen, en stor satsning på öppenvård utanför sjukhusen. Landets första vårdcentral öppnades 1968 i skånska Dalby. Eftersom invånarna hänvisades till en viss vårdcentral i deras upptagningsområde, minskade deras valfrihet i takt med vårdcentralernas utbyggnad.

33. Företagshälsovården utgör en relativt stor privatfinansierad delsektor inom sjukvården, som vi inte uppmärksammar i det här kapitlet.

34. Sjukronorsreformen och utvecklingen av öppenvården och beskrivs av Hjern (1999) och Swartling (2006).

Mot denna bakgrund var det något nytt när Cityakuten öppnade i Stockholm 1983. Affärsidén var att erbjuda specialistvård utan tidsbeställning och långa väntetider. Patienterna kunde själva söka sig till Cityakuten som sedan fick ersättning av Försäkringskassan. Bakom företaget stod läkaren och entreprenören Joakim Santesson tillsammans med företaget Praktikertjänst.[35] Mottagningen mitt i Stockholm blev snabbt populär och året därpå kunde Cityakuten öppna motsvarande verksamhet i Göteborg. I dag finns Cityakuten (fortfarande med Praktikertjänst som ägare) också i Linköping och företaget driver även närakuter i Solna, Upplands Väsby och Uppsala. Cityakutens tidiga och framgångsrika etablering har ofta använts som exempel av dem som har förespråkat ökad privat produktion inom sjukvården. Många landstingspolitiker uppfattade dock företagets etablering som en utmaning mot den landstingsdrivna vården (Rehnberg och Garpenby 1995). Redan året efter Cityakutens etablering avskaffades den etableringsrätt som gjort det möjligt för läkare att öppna praktik med stöd av statliga medel. Genom den så kallade Dagmarreformen blev det istället upp till landstingen att sluta avtal med privata läkarmottagningar.

## DEN KORTVARIGA HUSLÄKARREFORMEN

Redan 1979 hade den folkpartistiska minoritetsregeringen försökt – men misslyckats – att få riksdagen att införa ett husläkarsystem i primärvården. Husläkarsystemet var inspirerat av Storbritannien och byggde på fasta läkarkontakter för medborgarna och individbaserat ansvar för vårdgivarna. Folkpartiets landstingsråd Bo Könberg kunde dock ta frågan vidare genom att i en allt mer omfattande försöksverksamhet införa liknande system i Stockholms läns landsting. Försöken uppfattades som framgångsrika och fick efterföljare i flera andra landsting (Johnson 2003). Efter den borgerliga valsegern 1991 utsågs Könberg till sjukvårds- och socialförsäkringsminister och lyfte på nytt husläkarfrågan på nationell nivå. Som minister förslog Könberg en reform där alla invånare skulle välja en husläkare (en specia-

35. Praktikertjänst bildades 1977 vid en sammanslagning av företagen Läkartjänst och Tandläkartjänst. Med sina 8 800 anställda är Praktikertjänst i dag landets största aktör både inom privat tandvård och privat sjukvård. Praktikertjänst har 2 100 aktieägare som alla arbetar som verksamhetsansvariga vårdutövare i bolaget.

list i allmänmedicin) att lista sig hos, och tanken var att man alltid skulle kunna vända sig till denne. De som inte valde husläkare aktivt skulle listas hos någon passivt. En annan viktig del i reformen var att införa etableringsrätt för husläkare. Ersättning utgick med ett fast belopp för varje person på listan, så kallad kapitering, med vissa tillägg för bland annat vaccinationer (Karlberg 2011). Enligt den borgerliga regeringens proposition var huvudargumentet för reformen att säkerställa en mer personlig, förtroendefull och kontinuerlig relation mellan patient och läkare i syfte att underlätta diagnos och behandling. En sådan relation sades också leda till effektivare vård till lägre kostnad (prop. 1992/93:160 Husläkare m.m.). Socialdemokraterna motsatte sig både den obligatoriska listningen och husläkarnas etableringsrätt. De menade att konsekvenserna av att gå från områdesansvar till listning var dåligt utredda och framför allt att etableringsrätten inte skulle garantera rättvist fördelad vård över hela landet (motion 1992/93:S034). Reformen röstades igenom i riksdagen i maj 1993, men sedan vågmästarpartiet Ny Demokrati svängt i frågan beslutade riksdagen redan i april 1994 att upphäva lagen, den här gången med en rösts övervikt. Husläkarlagen hann dock träda i kraft och kunde gälla i två års tid (Johnson 2003). Under denna korta tid var reformen åtminstone till en början populär, men eftersom det inte blev enklare att snabbt få träffa sin husläkare uppfyllde reformen inte sitt syfte och patienternas entusiasm dämpades ganska snart (Swartling 2006). Efter det att etableringsrätten avskaffats krävdes samverkansavtal med landstinget för att få starta en privat praktik. Få sådana avtal har slutits, men många av de praktiker som hann etableras har fått fortleva. Eftersom de gamla praktikerna, med rätt till ersättning enligt nationell taxa, under vissa villkor får överlåtas ser det ut som att de kommer att finnas kvar som komplement under relativt lång tid framöver trots att några nya etableringar alltså inte tillkommer.

## STOPPLAGARNA

Stockholms läns landsting har länge köpt relativt mycket sjukvård av privata producenter. När landstinget mellan 1991 och 1994 hade borgerlig majoritet ökade andelen privatproducerad vård från 7 till 12 procent. Sedan låg den privata vårdproduktionen i stort sett stilla under den följande rödgröna koalitionen 1994–1998. Med borgerlig

majoritet 1998–2002 tog landstingets privatiseringar åter fart med finanslandstingsrådet Ralph Lédel som pådrivare (Hjertqvist 2000). År 2000 övergick verksamheten på S:t Görans sjukhus i Stockholm i privat regi. Detsamma hände med Simrishamns sjukhus i Skåne och flera andra av landstingens sjukhus bolagiserades, bland annat i Danderyd, Huddinge och Helsingborg (Anell 2011).[36]

Med utvecklingen i Stockholm för ögonen införde den socialdemokratiska regeringen två så kallade stopplagar för att hindra vidare privatiseringar. Stopplagarna förhindrade nya privatiseringar inom sjukhusvården utan att äventyra de privatiseringar som redan hade kommit till stånd. Lagarna är särskilt intressanta eftersom den socialdemokratiska regeringens argumentation så tydligt skiljde sig från de borgerliga oppositionspartiernas.

Den första stopplagen innebar att driften av ett akutsjukhus inte fick överlämnas till »den som avser att driva verksamheten med syfte att skapa vinst åt ägare«. Lagens uttalade syfte var att garantera att akutsjukhusen skulle drivas utan vinstintressen. Den socialdemokratiska regeringen argumenterade för att vinstintresset skulle kunna utgöra ett hot mot demokratiskt beslutad, solidariskt finansierad och behovsstyrd vård. Risken för att ett landsting skulle komma att stå utan ett akutsjukhus lyftes också fram (prop. 2000/01:36 Sjukhus med vinstsyfte). Lagen var tidsbegränsad till två år – en eftergift till Lagrådets kritik mot att den stod i konflikt med näringsfriheten och det kommunala självstyret. De fyra borgerliga oppositionspartierna betonade Lagrådets kritik i sina följdmotioner och argumenterade även för att vinstsyftande vård är effektiv och går bra att kombinera med solidarisk finansiering och behovsstyrning. Tonläget i dessa partimotioner är ganska högt, speciellt när regeringen anklagas för

36. S:t Görans sjukhus är än i dag det enda privata akutsjukhuset i Sverige. Både S:t Görans sjukhus och Simrishamns närsjukhus drivs av vårdföretaget Capio. Det som i dag är Capio har sitt ursprung 1994 då investmentbolaget Bure (bildat med pengar från de avvecklade löntagarfonderna) fick överta den laboratoriemedicinska verksamheten från dåvarande landstinget i Skaraborgs län. Samma år förvärvades Lundby sjukhus på Hisingen. Capio börsnoterades år 2000 och avnoterades sex år senare när bolaget förvärvades av riskkapitalbolagen Apax och Nordic Capital. Capiokoncernen bedriver i dag sjukvård även i Norge, Frankrike, Tyskland och Storbritannien och har över 11 000 anställda.

att med lagstiftning försöka stoppa borgerliga majoriteter i landstingen från att genomföra sin politik.[37]

Samtidigt som beslutet togs om den första stopplagen tillsattes en utredning för att behandla frågor om privatisering och privata vinstintressens roll inom akutsjukvården (SOU 2002:31; SOU 2003:23). I väntan på utredningens slutbetänkande föreslog den socialdemokratiska regeringen att stopplagen skulle förlängas i ett och ett halvt år till 2004.[38] Nu hade dock Miljöpartiet svängt i frågan och kritiserade den långa beredningstiden, vilket medförde att någon förlängning av den första stopplagen inte kom till stånd (motion 2002/03:So6).

När utredningen om vårdens ägarformer kommit med sitt slutbetänkande återkom den socialdemokratiska regeringen år 2005 med utförligare förslag till reglering av sjukhusens driftsformer. Förutom förslaget att varje landsting måste driva minst ett sjukhus i egen regi innehöll propositionen tre ytterligare förslag av särskilt intresse. Det första gällde att ett landsting inte får överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvård som ges vid ett regionsjukhus eller en regionklinik till någon annan. Argumenten bakom det förslaget byggde på regionsjukhusens speciella karaktär med stor påverkan på andra landsting, föränderlig verksamhet som gör det svårt att definiera uppdrag och utforma ersättningsmodeller, samt betydelse för forskning och utbildning av läkare. Det andra förslaget innebar att om ett landsting i avtal överlämnar drift av hälso- och sjukvård vid ett sjukhus till en privat aktör måste verksamheten drivas utan vinstsyfte. Förslaget motiverades med att privat vinstsyftande vård kan leda till segregation och försvåra demokratisk styrning och insyn i verksamheten. Slutligen föreslogs i propositionen att om ett landsting lägger ut driften av hälso- och sjukvård vid ett sjukhus i privat regi måste vården uteslutande bedrivas med offentlig finansiering och vårdavgifter. Detta förslag baserades på att regeringen såg en risk för att intressekonflikter och orättvisor annars skulle uppstå, eftersom det vore möjligt för en privat utförare att ge förtur till patienter som betalar sin vård med egna medel eller via försäkringsbolag (prop. 2004/05:145 Driftsformer för offent-

37. Motionerna 2000/01:So31, 2000/01:So32, 2000/01:So33, 2000/01:So34.

38. Prop. 2002/03:9 Sjukhus med vinstsyfte; förlängd giltighet av lagen (2000:1440) om inskränkning i landstingens rätt att överlämna driften av akutsjukhus till annan.

ligt finansierade sjukhus). De fyra partierna i då nybildade Allians för Sverige upprepade stora delar av sin kritik mot den första stopplagen och menade att regeringens nya förslag inte skulle lösa sjukvårdens problem (motion 2004/05:S03).

Riksdagen antog den andra stopplagen 2005 men efter regeringsskiftet upphävdes den av alliansregeringen redan 2007. Alliansregeringens argument kretsade i stor utsträckning kring att den privata vården ibland kan uppvisa högre effektivitet, produktivitet och kvalitet utan att i allmänhet vara sämre än offentlig vård. Att stopplagen inskränkte det kommunala självstyret och näringsfriheten anfördes också på nytt (prop. 2006/07:52 Driftsformer för sjukhus). Socialdemokraternas invände i sin kommittémotion att universitetssjukhus är för viktiga för att privatisera, att landstingen i praktiken inte kan säga upp avtal om sjukhusdrift, att patienterna kan komma att delas upp »i ett A-lag och ett B-lag«, samt att vinster från skattefinansierad vård ska återinvesteras och inte delas ut till ägarna (motion 2006/07:S011). Efter många turer med de två stopplagarna är politiken tillbaka där den började: vinstsyftande utförare är återigen tillåtna även inom sjukhusvården.

## VÅRDVAL

Halland införde 2007 som första landsting kundval inom primärvården, det så kallade Vårdval Halland. Det innehöll bland annat fritt val av vårdenhet inom närsjukvården, ackreditering och överenskommelse med landstinget som krav för etablering och enhetlig ersättning till alla vårdgivare. År 2008 infördes vårdval i Stockholm och Västmanland, och sedan av Region Skåne och Västra Götalandsregionen under 2009. Riksdagen beslutade 2009 att samtliga landsting skulle införa vårdvalssystem i primärvården enligt LOV senast den 1 januari 2010, vilket sedan skedde. Men flera landsting hade alltså infört vårdval redan innan den nya lagstiftningen.

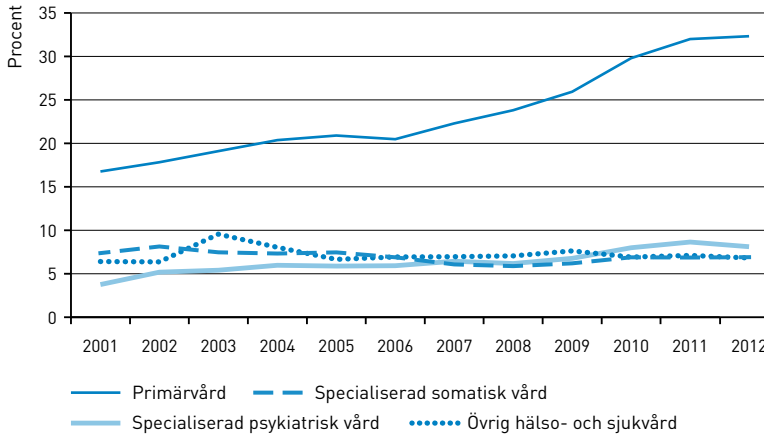
Grunderna i ett valfrihetssystem (enligt LOV) är etableringsrätt för vårdgivare som uppfyller landstingets krav, att ersättningen följer patientens val av utförare och att privata och offentliga vårdgivare behandlas lika. Det är upp till varje landsting att besluta exakt hur ersättningen utformas. Alliansregeringen motiverade införandet av vårdval främst med argument om ökad valfrihet. »Det grundläggande syftet

med att införa ett vårdvalssystem i primärvården är att stärka patienternas valmöjligheter« (prop. 2008/09:74 Vårdval i primärvården). I en partigemensam följdmotion argumenterade nio utskottsledamöter från Socialdemokraternas och Miljöpartiet emot det föreslagna vårdvalet utifrån ståndpunkten att varje landsting borde få utforma sin egen vårdmodell. Etableringsrätten kritiserades också för att kunna leda till en situation där utbudet av primärvårdsenheter avgörs av områdets lönsamhet i stället för av människors vårdbehov (motion 2008/09:S010).

## PRIVATA PRODUKTIONSANDELAR I SJUKVÅRDEN

Sett över de senaste årtiondena har det alltså funnits en tydlig politisk skiljelinje när det gäller synen på privata inslag i vården. Hur stora är då dessa inslag? Som nämndes tidigare i kapitlet står privata företag för i stort sett all privat välfärdsproduktion inom sjukvården. Vi koncentrerar oss därför på de andelar av nettokostnader inom olika vårdformer som avser köp från privata företag. I figur 2.13 illustreras sådana andelar för perioden 2001–2012 för områdena primärvård, specialiserad somatisk vård, specialiserad psykiatrisk vård och övrig hälso- och sjukvård. Som framgår av figuren var de privata inslagen år 2001 framför allt framträdande inom primärvården. Köp från privata företag utgjorde 17 procent av nettokostnaderna inom primärvård och mellan 4 och 7 procent för övriga redovisade områden. Skillnaden har sedan ökat markant över tid. Andelen för primärvården har vuxit till 32 procent år 2012, vilket innebär en ökning med 15 procentenheter. För övriga områden är förändringarna betydligt mindre: andelarna ligger mellan 7 och 8 procent år 2012. En nämnvärd förändring har dock skett inom specialiserad psykiatrisk vård. Där har köp från privata företag ökat från knappt 4 procent till drygt 8 procent, vilket innebär mer än en fördubbling om än från en jämförelsevis låg nivå.

För primärvården är det framför allt från 2006 som andelen köp från privata företag ökar kraftigt. Detta gäller dock hela landet. Sett till enskilda landsting finns stora variationer. År 2001 var andelen köp från privata företag nästan noll i Västernorrland, medan den var över 43 procent i Västmanland. De flesta landsting låg dock mellan 5 och 15 procent. Med undantag för Örebros läns landsting så har andelarna sedan ökat i alla landsting. År 2012 varierar de mellan 13 procent i Dalarna och 51 procent i Stockholm.

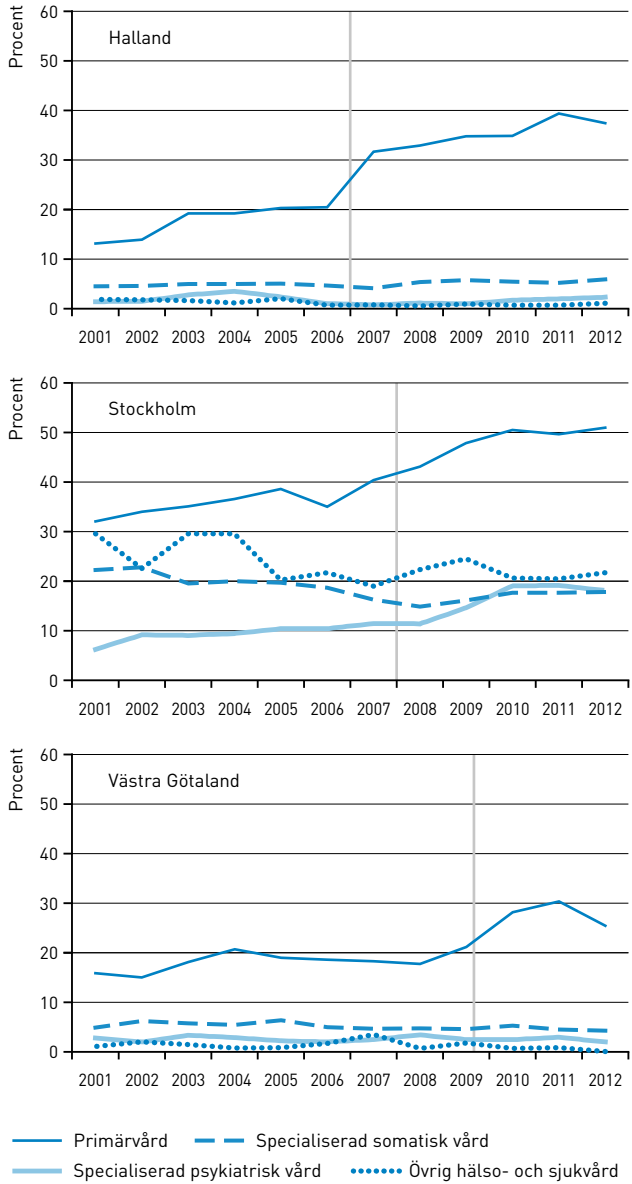



**Figur 2.13. Köp av verksamhet från privata företag som andel av nettokostnader, 2001–2012.**
Källa: SKL.

När det gäller specialistvården är andelen köp från privata företag små inom de flesta landsting och över hela perioden, undantaget är framför allt Stockholm där andelarna genomgående är betydligt större än i andra landsting.

Man skulle kunna tänka sig att ökningen av privata inslag inom primärvården hänger samman med införandet av vårdval. I oktober 2011 fanns det 1 213 vårdcentraler i Sverige, en ökning med 19 procent sedan vårdvalet infördes (Konkurrensverket 2012). I figur 2.14 presenteras samma utveckling som i föregående figur för de tre landstingen Halland, Stockholm och Västra Götaland. I figuren har tidpunkten för införande av vårdval markerats med en grå vertikal linje för respektive landsting. Av figuren att döma verkar vårdvalet inom primärvården ha haft en positiv effekt på andelen köp från privata företag i Halland och Västra Götaland medan det är mer oklart om detsamma gäller för Stockholm. Även i de flesta andra landstingen ser vårdvalet ut att kunna ha haft en positiv privatiseringseffekt, men även där finns undantag, som Örebro och Östergötland.[39]

39. Figurer för samtliga landsting finns i Appendix A.




**Figur 2.14.** Köp av verksamhet från privata företag som andel av nettokostnader, Halland, Stockholm och Västra Götaland, 2001–2012.

### SAMMANFATTNING SJUKVÅRD

Privat produktion har en lång historia inom sjukvården. På senare tid finns flera orsaker till en ökad privat produktion. Tidiga företagsetableringar, lokala initiativ i landstingen och nationell lagstiftning har samverkat när dagens vårdlandskap har vuxit fram. Införandet av vårdval i primärvården har inneburit att patienternas val styr balansen mellan offentliga och privata vårdgivare. Det är också primärvården som uppvisar de största privata produktionsandelarna. Privatiseringen av primärvården påbörjades långt innan landstingen införde vårdval, men vissa tecken tyder på att privatiseringen har accelererat efter införandet. Skillnaderna mellan landstingen är stora: från 13 procents privat drift i Dalarnas primärvård till 51 procent i Stockholm. De politiska konflikterna har varit hårda i sjukvården – både husläkarreformen och stopplagarna inom sjukhusvården blev kortlivade. Framför allt är det synen på vinstsyftande utförare som skiljer sig mellan de politiska blocken.

## Slutsatser

Sakta men säkert har den privata produktionen av skattefinansierade välfärdstjänster ökat sedan 1980-talet. Av kommunernas och landstingens totala kostnader för välfärdstjänster går ungefär 15 procent till privata utförare. Privatiseringen har gått längst inom insatser riktade till funktionshindrade, speciellt för personlig assistans där 55 procent av brukarna har valt en privat utförare. Annars visar en jämförelse mellan förskola, skola, äldreomsorg och sjukvård inte på några stora skillnader – den privata produktionen varierar mellan 12 och 17 procent för dessa fyra områden. Den som undersöker förhållandena närmare upptäcker emellertid att det ryms stor variation inom dessa områden. De privata utförarna står för 33 procent av verksamhetskostnaderna inom primärvården men bara för 7–9 procent inom specialistvården. Av gymnasieleverna går 26 procent i friskola medan bara 13 av procent av grundskoleeleverna gör det. Variationen är dock inte större än att alla tjänster inom dessa områden (förutom personlig assistans) till övervägande del produceras inom den offentliga sektorn.

Skillnaderna mellan olika kommuner och mellan olika landsting är också stora. Sveriges kommuner varierar betydligt i befolknings-

storlek och i många små kommuner ligger nästan all tjänsteproduktion i kommunens egen regi. Stockholm och flera av stadens grannkommuner har däremot privata produktionsandelar omkring 50 procent och däröver för ett flertal tjänster, och detsamma gäller för Stockholms läns landsting inom primärvården. Ett fåtal kommuner har privatiserat några tjänster helt och hållet, till exempel har Staffanstorp och Vellinge privatiserat hela hemtjänsten och alla äldreboenden.

Ett genomgående politiskt mönster är att borgerliga regeringar har drivit på privatiseringar med nationella reformer medan Socialdemokraterna i regeringsställning i huvudsak har bromsat utvecklingen utan att förhindra och riva upp beslut om redan genomförda privatiseringar. Flera nationella reformer fick se dagens ljus under mandatperioden 1991–94. Med dess egna ord lade den borgerliga regeringen då grunden för en »valfrihetsrevolution i välfärdspolitiken«.[40] Friskolereformen, liksom de nya lagarna om insatser till stöd för funktionshindrade, inledde en ihållande privatiseringsprocess på dessa områden. Upphävandet av Lex Pysslingen öppnade för vinstsyftande företag i förskolan.

Under Socialdemokraternas regeringsinnehav 1994–2006 togs inga avgörande beslut som vände utvecklingen. Lex Pysslingen återinfördes inte. Friskolereformen fick vara kvar, men modifierades något för att bättre stämma överens med socialdemokratiska värderingar. Stopplagarna för sjukhusvården skapade konflikt men äventyrade inte de privatiseringar som redan hade kommit till stånd, som S:t Görans sjukhus i Stockholm.

Alla välfärdsområden har dock inte varit konfliktfyllda på riksplanet. Reformerna till stöd för personer med funktionshinder antogs i bred politisk enighet och har därefter inte utmanats från något håll. Privatiseringen av äldreomsorgen har i stort sett pågått utan aktiv inblandning från riksdag och regering. LOV infördes visserligen mot oppositionens vilja men i övrigt har privatproducerad äldreomsorg behandlats förvånansvärt sparsamt i propositioner, motioner och andra politiska dokument.

Det finns vissa tecken på att valfrihetsmodellen och kanske speci-

40. Citatet är taget ur Carl Bildts regeringsförklaring den 4 oktober 1991 där det beskrev en av den borgerliga regeringens huvuduppgifter.

ellt införandet av etableringsrätt har lett till ökad privat välfärdsproduktion. Inom hemtjänsten har de privata utförarna vuxit snabbt sedan LOV infördes. Inom primärvården ser det ut som om införandet av vårdval har lett till ökad privat produktion, med undantag för några få landsting. I förskolan har de privata utförarna expanderat sedan valfrihet och etableringsrätt liknande friskolesystemet infördes. Precis som i friskolesystemet beror privatiseringen av dessa tjänster på brukarnas val av utförare. Även om det är svårt att jämföra olika tjänster med varandra kan vi också notera att personlig assistans är den tjänst som har störst privat produktionsandel och som ger störst valfrihet till både brukare och utförare.

I flera fall har de nationella reformerna föregåtts av lokala initiativ. Nacka införde kundval för fotvård redan 1982 och kundval inom hemtjänst och barnomsorg 1992 respektive 1994. Danderyds avtal från 1989 med Svensk Hemservice, i dag Attendo, blev startskottet för äldreomsorg i privat regi. Även företag som Capio, Praktikertjänst och Pysslingen har varit med om att bryta ny mark för privat produktion av välfärdstjänster. När LOV infördes hade flera kommuner och landsting redan infört egna system för kundval i äldreomsorgen och vårdval i primärvården. Nationella reformer kan både vara inspirerade av och leda till lokala initiativ.

## Referenser

Anell, A. (2011). »Hälso- och sjukvårdstjänster i privat regi«, i L. Hartman (red.), *Konkurrensens konsekvenser: Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS Förlag.

Berggren, H. och L. Trägårdh (2006). *Är svensken människa?* Stockholm: Norstedt.

Bergh, A. (2009). *Den kapitalistiska välfärdsstaten*, andra reviderade upplagan. Stockholm: Norstedts akademiska förlag.

Blomqvist, P. och B. Rothstein (2008). *Välfärdsstatens nya ansikte: Demokrati och marknadsreformer inom den offentliga sektorn*. Stockholm: Agora.

Bruzelius, C. (2013). »Politiska argument för och emot konkurrensutsättning av välfärdstjänster«, Bakgrundsrapport till SNS forskningsprogram Från välfärdsstat till välfärdssamhälle.

Burenstam Linder, S. (1983). *Den hjärtlösa välfärdsstaten*. Stockholm: Timbro.

Böhlmark, A. och M. Lindahl (2012). »Friskolereformens långsiktiga effekter på utbildningsresultat«, SNS Analys, nr 7, SNS.

Carlsson, I. (2003). *Så tänkte jag*. Stockholm: Hjalmarsson & Högberg.

Christoffersson, N.-O. (1987). »Produktivitet inom offentlig verksamhet – eller medmänsklighet och omsorg?«, *Ekonomisk Debatt*, 15 (7), s. 557–565.

Försäkringskassan (2011). »Statlig personlig assistans – resultat från undersökning av gruppen assistansberättigade«, Socialförsäkringsrapport 2011:18.

Hanspers, K. och E. Mörk (2011). »Förskola«, i L. Hartman (red.), *Konkurrensens konsekvenser: Vad händer med svensk välfärd*. Stockholm: SNS Förlag.

Hjern, B. (1999). »Det började på La Ronde ... Det politiska spelet kring sjukronan«. *Läkartidningen*, 96 (50), s. 5658–5664.

Hjertqvist, J. (2000). *Sjukvårdens kulturrevolution: Den Stora Upphandlingen – visioner och förberedelser*. Stockholm: Timbro.

Johnson, A., (1986). *Släpp tjänsterna loss: Om tjänstesamhällets myter och möjligheter*. Stockholm: SAF.

Johnson, B. (2003). »Idéspridning: Att ändra politisk kurs«, http://www.ne.se/rep/idespridning-att-ändra-politisk-kurs. *Nationalencyklopedin*, hämtad 2013-08-25.

Karlberg, I. (2011). *Från Vasa till vårdval: Om ansvar och styrning av svensk hälso- och sjukvård*. Lund: Studentlitteratur.

Konkurrensverket (2012). »Val av vårdcentral: Förutsättningar för kvalitetskonkurrens i vårdvalssystemen«, rapport 2012:2.

Lagerqvist, C. (2012). »Näringsförändringar i Sverige, åren 1750–2010«, i H. Jordahl (red.), *Den svenska tjänstesektorn*. Lund: Studentlitteratur.

Langby, E. (1984). *Vinter i välfärdslandet*. Stockholm: Askelin & Hägglund.

Lindbom, A. (2011). »Introduktion«, i A. Lindbom (red.), *Friskolorna och framtiden – segregation, kostnader och effektiv*itet. Stockholm: Institutet för Framtidsstudier.

Martin Korpi, B. (2006). *Förskolan i politiken – om intentioner och beslut bakom den svenska förskolans framväxt*. Stockholm: Utbildningsdepartementet.

OECD (2010). *Education at a Glance 2010: OECD Indicators*. Paris: OECD.

OECD (2013). »OECD Health Data 2013. Briefing Note: Sweden«. http://www.oecd.org/els/health-systems/Briefing-Note-SWEDEN-2013.pdf. Hämtad 2013-09-27.

Ohlsson, I., M. Blohm och R. Murray (1986). »Offentliga tjänster – sökarljus mot produktivitet och användare«, Rapport till Expertgruppen för studier i offentlig ekonomi, Finansdepartementet.

Pierre, J. (1993). »Legitimacy, institutional change, and the politics of public administration in Sweden«, *International Political Science Review*, 14 (4), s. 387–401.

Pistol, A. (2013). »On the entry barriers in the independent school market«. Masteruppsats, Nationalekonomiska institutionen, Uppsala universitet.

Rehhnberg, C. och P. Garpenby (1995). *Privata aktörer i svensk sjukvård*. Stockholm: SNS Förlag.

Skolverket (2003). »Uppföljning av reformen maxtaxa, allmän förskola m.m.«, Rapport 231.

Skolverket (2013). »Barn och personal i förskolan hösten 2012«, PM 2013-03-14.

Socialstyrelsen (2013a). »Stimulansbidrag LOV: Delrapport 2013«.

Socialstyrelsen (2013b). »Personer med funktionsnedsättning: Insatser enligt LSS år 2012«.

SOU 1981:25. *Bra daghem för små barn*. Betänkande från Familjestödsutredningen.

SOU 1990:44. *Demokrati och makt i Sverige*. Slutrapport från Utredningen om demokrati och makt i Sverige.

SOU 2002:31. *Vinst för vården*. Delbetänkande från Vårdens ägarformer – vinst och demokrati.

SOU 2003:23. *Vårda vården – samverkan, mångfald och rättvisa*. Slutbetänkande från Vårdens ägarformer – vinst och demokrati.

Svanborg-Sjövall, K. (2011). *Kentucky fried children? Om den svenska valfrihetens rötter – och dess fiender*. Stockholm: Timbro.

Swartling, P. (2006). »Den svenska allmänmedicinens historia«, *Läkartidningen*, 103 (24–25), s. 1950–1953.

Szebehely, M. (2011). »Insatser för äldre och funktionshindrade i privat regi«, i Laura Hartman (red.), *Konkurrensens konsekvenser: Vad händer med svensk välfärd?* Stockholm: SNS Förlag.

Tarschys, D. (1978). *Den offentliga revolutionen*. Stockholm: Liber.